



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
COORDENAÇÃO DE PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JANICE MARIA LOPES DE SOUZA

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Teresina
2016

JANICE MARIA LOPES DE SOUZA

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família

TERESINA
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

S719i Souza, Janice Maria Lopes de.

Impacto das ações do cirurgião-dentista sobre a saúde bucal na estratégia saúde da família / Janice Maria Lopes de Souza. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2016.

110. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Atenção primária a saúde. 2. Saúde da família. 3. Saúde bucal. 4. Estratégia saúde da família. Título. II. Tapety, Fabrício Ibiapina.

CDD 617.601

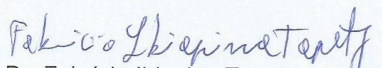
JANICE MARIA LOPES DE SOUZA

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE SAÚDE BUCAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

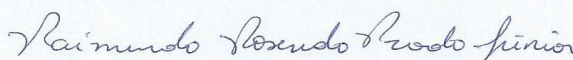
Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data da Aprovação: 29/06/2016

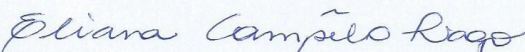
BANCA EXAMINADORA



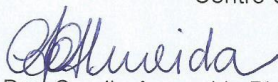
Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof. Dr. Raimundo Rosendo Júnior - 1º Examinador
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Profa. Dra. Eliana Campelo Lago - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Dedico este trabalho...

A Deus, pelo seu amor incondicional, a quem devo tudo.
A minha mãe (in memoriam), amiga de todos os
momentos pelo incentivo e apoio.
A Penha, companheiro sempre.
A Eduardo, Janine e Janilee, fontes de inspiração e
amores de minha vida.
Ao Heitor, a minha nova razão de viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conduzir pelo caminho da vida, estando sempre ao meu lado.

A minha mãe, exemplo de amor e de vida. Obrigada.

À minha família, pelo apoio, compreensão e carinho.

Ao meu orientador, Dr. Fabrício Ibiapina Tapety, por suas orientações eficientes e seguras e por me aceitar como orientanda. Meu muito obrigada.

Aos membros da minha banca de defesa da dissertação, nas pessoas do Dr. Raimundo Rosendo Prado Júnior, Dr^a Eliana Campelo Lago e Dr^a Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, que gentilmente aceitaram o convite para prestigiar minha apresentação e contribuíram para o enriquecimento desse trabalho.

Aos colegas da turma do mestrado, em especial as minhas amigas de curso, Francisca, Maíra e Moacira, e aos meus amigos Daniel e Dr. Pessoa, que se fizeram presentes nos momentos mais importantes dessa jornada, sempre com uma palavra de incentivo.

Aos gestores do município de Bacabeira e São Luís por colaborarem com a realização dessa pesquisa.

Aos colegas cirurgiões-dentistas por terem aceito participar desse trabalho.

À Linimar e Jacilene, colaboradoras incansáveis.

À D^a. Maria e Guaracy pelo acolhimento, carinho e amizade.

À equipe de coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI.

*“Gosto de ser gente porque, inacabado,
sei que sou um ser condicionado mas,
consciente do inacabamento, sei que
posso ir mais além dele. Esta é a
diferença profunda entre o ser
condicionado e o ser determinado”.*
(Paulo Freire)

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surge para reorientação das práticas de saúde, na atenção primária. A implantação das equipes de saúde bucal se deu pela necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira e constituiu avanço na reorganização das ações de saúde bucal. A avaliação das ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, nas diferentes modalidades, é necessária para uma releitura da atual situação. Sugerir mudanças significativas e contribuir na construção do perfil de saúde bucal nos municípios, para evolução, e assim consolidação da saúde bucal, ampliando acesso, melhoria da qualidade e reorganização da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Objetivo geral deste estudo: identificar as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal, que são realizadas pelo Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família, no Estado do Maranhão, bem como verificar o perfil socioeconômico e educacional dos cirurgiões-dentistas que atuam nas modalidades de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família dos municípios maranhenses avaliados; identificar ações de saúde bucal realizadas pelo Cirurgião-Dentista nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e dificuldades e desafios na realização dessas ações. Verificar o impacto das ações de saúde bucal na população; verificar a influência da formação acadêmica e das capacitações nas ações de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família. Construir um blog para profissionais da saúde bucal com orientações para melhorar ações em saúde bucal. Pesquisa descritiva, exploratória, transversal e de abordagem qualitativa. Na coleta dos dados foi realizada uma entrevista com questionário semi-estruturado e roteiro temático. Na análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Participaram do estudo 14 profissionais, sendo 11 inseridos na modalidade I e 03 na modalidade II. Após a apreciação das falas dos entrevistados, foram identificadas seis categorias temáticas: As ações do cirurgião dentistas realizadas nas diferentes modalidades de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. A formação, especialização e capacitação e/ou atualização do cirurgião dentista e a promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família. Dificuldades no trabalho da equipe de saúde da família. A importância da interrelação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família/Equipe Saúde Bucal; Política salarial que beneficie todos os integrantes da Estratégia Saúde da Família; Impacto das ações do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. A análise dos dados demonstrou que as ações realizadas pelo cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipe saúde bucal buscam contemplar a Política Nacional de Saúde Bucal, com limitações na abordagem das ações de prevenção e promoção em saúde; a formação dos profissionais necessita de mudanças, quanto à lógica de uma saúde integral e ampliada, mas tem buscado educação permanente para realização de uma prática holística, interdisciplinar, com soluções compartilhadas. Conclui-se que as ações realizadas pelo cirurgião-dentista, nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal refletem ainda modelo voltado para atenção básica tradicional, curativa; num contexto de mudança de paradigma voltado para a construção de um modelo transformador. As equipes modalidade II foram as que mais avançaram na realização de ações preventivas e de promoção da saúde bucal, o que reforça as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde da família. Saúde bucal. Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The Family Health Strategy comes to reorienting health practices in primary care. The implementation of oral health teams was due to the need to expand the oral health care for the population and constituted progress in the reorganization of oral health actions. The assessment of the actions of oral health teams in the Family Health Strategy, in different ways, is necessary for rereading of the current situation; suggestion of significant changes; contribute to the construction of oral health status in the municipalities, to evolution, and thus consolidation of oral health, expanding access, improving quality and reorganization of oral health care in the Family Health Strategy. aim of this study was to identify the actions recommended by the National Oral Health Policy, which are held by the Dental Surgeon in the Health Strategy, the state of Maranhão, as well as verify the socioeconomic and educational profile of dentists working in the modalities oral health teams in the Family health Strategy maranhenses municipalities assessed; identify oral health actions carried out by the Dental Surgeon in different types of oral health teams in the Family Health Strategy and difficulties and challenges in carrying out those actions; check the impact of oral health actions in the population; check the influence of academic education and training in oral health actions in the Family Health Strategy; build a blog for oral health professionals with guidance on how to improve your oral health practices. descriptive, exploratory, cross and qualitative approach research. In the data collection an interview with semi-structured questionnaire and thematic script was performed. In the data analysis we used the Bardin content analysis technique. Study participants were 14 professionals, 11 inserted in the mode I and 03 in mode II After the assessment of the interviews, six thematic categories were identified: The actions of dental surgeon performed in different types of oral health teams in the Family Health Strategy ; The training, expertise and training and / or update the dentist and health promotion in the Family Health Strategy; Difficulties in the work of family health teams; The importance of the interrelationship of the professionals of the Family Health Strategy / Team Oral Health; wage policy that benefits all members of the Family Health Strategy; Impact of the actions of the dentist in the Family Health Strategy. Data analysis showed that the actions taken by the dentist in different types of oral health team seek to contemplate the National Oral Health Policy, with limitations in the approach of prevention and health promotion; the training of professionals needs to change, as the logic of a comprehensive and expanded health but has pursued continuing education for achieving a holistic, interdisciplinary practice, with shared solutions. It concludes that the actions taken by the dentist, the different types of oral health teams still reflect back model for traditional curative primary care; a paradigm shift context facing the building a transformer model. Teams mode II were the most advanced in carrying out preventive actions and the promotion of oral health, which reinforces the guidelines of the National Oral Health Policy.

Keywords: Primary health care. Family Health. Oral health. Family health strategy

RESUMEN

La Estrategia de Salud de la Familia llega a la reorientación de las prácticas de salud en la atención primaria. La implementación de equipos de salud bucal se debió a la necesidad de ampliar el cuidado de la salud oral de la población y es un progreso en la reorganización de las acciones de salud bucal. La evaluación de las acciones de los equipos de salud bucal en la Estrategia Salud de la Familia, de diferentes maneras, es necesario para la relectura de la situación actual; sugerencia de cambios significativos; contribuir a la construcción del estado de salud oral en los municipios, a la evolución, y por lo tanto la consolidación de la salud oral, la ampliación del acceso, la mejora de la calidad y la reorganización de la atención de la salud oral en la Estrategia Salud de la Familia. objetivo de este estudio fue identificar las acciones recomendadas por la Política Nacional de Salud Bucal, que se llevó a cabo por el cirujano dental en la estrategia de salud, el estado de Maranhão, así como verificar el perfil socioeconómico y educativo de los dentistas que trabajan en las modalidades equipos de salud bucal en la Estrategia de salud de la familia Maranhenses evaluaron los municipios; identificar las acciones de salud bucodental, realizada por el cirujano dental en diferentes tipos de equipos de salud bucodental en la Estrategia Salud de la Familia y las dificultades y desafíos en la realización de dichas acciones; comprobar el impacto de las acciones de salud bucal en la población; comprobar la influencia de la educación y la formación en las acciones de salud bucal en la Estrategia Salud de la Familia académica; construir un blog para los profesionales de la salud oral con orientación sobre cómo mejorar sus prácticas de salud oral. descriptivo, exploratorio, transversal y la investigación enfoque cualitativo. En la recogida de datos se llevó a cabo una entrevista con cuestionario semiestructurado y guión temático. En el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin. Los participantes del estudio fueron 14 profesionales, 11 insertados en el modo I y 03 en el modo II Después de la evaluación de las entrevistas, se identificaron seis categorías temáticas: Las acciones del cirujano dental realizado en diferentes tipos de equipos de salud bucal en la Estrategia Salud de la Familia ; La formación, la experiencia y la formación y / o actualizar el dentista y promoción de la salud en la Estrategia Salud de la Familia; Las dificultades en el trabajo de los equipos de salud familiar; La importancia de la interrelación de los profesionales de la salud oral Estrategia Salud de la Familia / Equipo; política salarial que beneficia a todos los miembros de la Estrategia de Salud de la Familia; Impacto de las acciones del dentista en la Estrategia Salud de la Familia. Análisis de los datos demostró que las medidas tomadas por el dentista en diferentes tipos de equipo de salud oral tratan de contemplar la Política Nacional de Salud Bucal, con limitaciones en el enfoque de la prevención y promoción de la salud; la formación de profesionales tiene que cambiar, ya que la lógica de una salud integral y ampliado, pero ha llevado a cabo la formación continua para lograr una práctica interdisciplinaria integral, con soluciones compartidas. Se llega a la conclusión de que las acciones llevadas a cabo por el dentista, los diferentes tipos de equipos de salud bucal siguen reflejando de nuevo modelo de atención primaria curativa tradicional; un contexto cambio de paradigma frente a la construcción de un modelo transformador. Equipos modo II eran los más avanzados en la realización de acciones preventivas y de promoción de la salud oral, lo que refuerza las directrices de la Política Nacional de Salud Bucal.

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Salud de la familia. Salud bucal. Estrategia Salud de la Familia

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião - Dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Distrito Sanitário
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal.
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Contextualização do problema.....	13
1.2	Objeto de estudo.....	16
1.3	Questão norteadora.....	16
1.4	Objetivos.....	16
1.5	Justificativa e relevância.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	Sistema Único de Saúde e a descentralização.....	18
2.2	A saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família.....	19
2.3	Formação acadêmica do cirurgião-dentista para a Estratégia Saúde da Família.....	24
2.4	Capacitação e treinamento do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.....	26
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	Natureza do estudo.....	31
3.2	Cenário do estudo.....	31
3.3	Participantes do estudo.....	32
3.4	Instrumento e procedimentos para coleta de dados.....	33
3.5	Organização e análise dos dados.....	34
3.6	Aspectos éticos.....	34
3.6.1	Riscos e benefícios.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	36
4.1	Manuscrito – Impacto das ações do cirurgião-dentista sobre a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	36
4.2	Produto – Instablogger @dentistadafamilia.....	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES	79
	ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O Brasil é um país em desenvolvimento que, historicamente, vem buscando a organização econômica, a educação e saúde. Com uma unidade territorial privilegiada, o Brasil vê-se frente ao desafio de estruturar-se e organizar-se para melhor utilização dos recursos, garantia da qualidade de vida à sua população e aquisição do status de país desenvolvido (OHARA, SAITO, 2008). Apresenta muitos contrastes naturais entre as diferentes regiões, também marcadas pela profundidade dos contrastes sociais, excluindo grande percentual da sua população do acesso aos mais elementares direitos sociais.

Considerando-se que após um grande clamor popular em 1986, que refletiu a necessidade de uma reformulação no sistema de saúde no Brasil, em 1988 foi convocada uma Assembleia Constituinte que entendeu ser aquele o momento de mudanças na Carta Magna em relação à saúde da população. Foram então elaborados nos capítulos dedicados à saúde, textos constitucionais que se tornaram um marco quanto a essa questão no Brasil, observados nos vários dispositivos da Constituição Federal (CF) de 1988, textos gerados pelo grau de desconfiança dos constituintes nas instituições.

Ressalta-se que o objetivo maior é a manutenção dos direitos considerados essenciais para a saúde (Art 6º da CF): “o direito à saúde constitui um desdobramento do próprio direito à vida” (ARAÚJO, NUNES JÚNIOR, 2009), portanto um direito fundamental do indivíduo.

O Estado de Direito deixou de ser individualista e neutro para adotar dogmas e promover a justiça social. Nesse raciocínio Canotilho e Vital Moreira interpretaram o direito à saúde em duas vertentes: uma, inibidora, que exige do Estado ou de terceiros que se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde; e outra positiva, referente ao direito às medidas e prestações estaduais, visando a prevenção e o tratamento das doenças (CANOTILHO, 2000).

A Constituição Federal de 1988 no capítulo II, título II e III (ordem social) e no artigo 6º, define o que são direitos sociais. O Artigo 196 é claro quando cita que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, promovida através de políticas sociais que visem reduzir risco de doenças e outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal de 1988 confirmou a unificação dos serviços institucionais de saúde com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), delineando uma nova formulação política e organizacional com o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecendo atividades para sua promoção, proteção e recuperação, baseadas nos princípios

de universalidade, equidade e integralidade (LUZ, 1991). A saúde passou a ser entendida como um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautados nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade (CARNUT, 2012).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi, portanto, o resultado da priorização dos cuidados primários associados aos anseios da reforma sanitária, cujos princípios elegeram a saúde como um direito, assegurando ao indivíduo acesso universal aos bens e serviços promotores desta, rompendo com o modelo excludente, fragmentado e privilegiando a integralidade (BRASIL, 1988; KOYASHIKI, et al., 2008).

Nesse contexto, o SUS representou um grande avanço social e político, considerando que o arcabouço jurídico delineado novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil, bem como estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor (BRASIL, 2007).

O SUS deve caminhar no sentido de que o atendimento básico seja realizado pelos municípios, cabendo aos Estados a questão da alta complexidade. A rede pública deve prestar ao cidadão o atendimento integral, envolvendo a prevenção, atendimento médico hospitalar e assistência farmacêutica.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), para reorganização do sistema de saúde, visando à reversão do modelo assistencial vigente, com a mudança do objeto da atenção, forma de atuação e organização geral (SAITO, 2010; BRASIL, 1996; OHARA, SAITO, 2008) com princípios e diretrizes para organização da Atenção Primária (AP) (OHARA, SAITO, 2008).

É evidente a expansão progressiva das Equipes de Saúde da Família nos municípios de todas as regiões do país. No entanto, verifica-se uma desigualdade na cobertura entre as regiões e nos grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes e capitais), onde mais de 50% da população brasileira reside (HAMANN, SOUSA, 2008).

Até a vigência Constituição Federal (CF) de 1988, o modelo de assistência odontológica hegemônico era preponderantemente, de prática privada, oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados, urbanos, segurados, utilizando-se, ~~porém~~, a contratação de profissionais privados (BRASIL, 2006). A baixa condição da saúde bucal é um dos mais significativos sinais de exclusão social, tanto pelos problemas de saúde presentes na cavidade oral, como também por demonstrar dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde bucal (BRASIL, 2000).

Muitos estudos têm associado fortemente as desigualdades sociais e os determinantes sociais com a etiologia da cárie e suas consequências como perda dentária e dor de dente (CARNUT, 2012).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) as diretrizes para a saúde bucal foram reformuladas, visando à universalidade e equidade de acesso e integralidade da atenção. Seus princípios são a base de definição dos processos e critérios para garantia de acesso às ações de saúde bucal no país (SAITO, 2008).

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) veio no momento oportuno de concretização da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a responder às demandas impostas pela sociedade durante os anos de 1990 (NARVAI, FRAZÃO, 2008).

Observar os aspectos da expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), o seu percentual de cobertura, a ampliação do acesso aos procedimentos odontológicos, bem como a necessidade da formação de recursos humanos na atenção à saúde da família e a qualidade da assistência, se constitui uma necessidade para a implementação dessa política.

O perfil da assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem se restringido quase que exclusivamente à Atenção Básica (AB), ainda assim com grande demanda reprimida, razão porque estudos demonstram que dados sobre a utilização dos serviços odontológicos refletem as desigualdades sociais (MATOS, et al., 2002). Ações de equidade na promoção do acesso à saúde ainda é um problema a ser enfrentado, principalmente devido à íntima relação das doenças bucais a condições socioeconômicas desfavoráveis (GOMES, DA ROS, 2008).

No entanto, Pereira et al. (2012) no estudo analisado afirmam que o processo de trabalho preconizado para a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família pressupõe uma abordagem que proporcione a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e que a incorporação das equipes de saúde bucal desde 2001, tem proporcionado um aumento considerável na cobertura dos serviços de saúde bucal.

A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer dados reais do impacto das ações realizadas pelo cirurgião-dentista maranhense nas diferentes modalidades de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, pois esses dados são inexistentes em publicações nacionais e internacionais e são informações extremamente importantes para tomada de decisões futuras em políticas públicas de saúde.

1.2 Objeto de estudo

Ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e seu impacto na saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.

1.3 Questão norteadora

Como estão sendo realizadas as ações do cirurgião-dentista, nas diferentes modalidades de Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no Estado do Maranhão, quais são estas ações, e qual o real impacto das mesmas na saúde bucal da população atendida pela Estratégia Saúde da Família?

1.4 Objetivos

- Identificar as ações realizadas pelos Cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do Estado do Maranhão, nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal;
- Verificar o perfil socioeconômico e educacional dos cirurgiões-dentistas que atuam nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família do Maranhão;
- Verificar se as ações realizadas pelos profissionais da odontologia da Estratégia Saúde da Família no Estado do Maranhão estão de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal e o seu impacto na saúde bucal da população dos municípios maranhenses;
- Identificar as dificuldades e desafios encontrados pelos profissionais da saúde bucal na realização de suas ações dentro de sua modalidade de equipe;;
- Verificar a influência da formação acadêmica e das capacitações nas ações de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família;
- Construir um instablog para profissionais da saúde bucal orientando sobre como melhorar as suas ações em saúde bucal.

1.5 Justificativa

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem se restringido quase que exclusivamente à Atenção Básica (AB), ainda assim com uma grande demanda reprimida, onde alguns estudos exibem dados que demonstram que a utilização dos serviços odontológicos refletem as desigualdades sociais (MATOS, et al., 2002).

Nessa direção, a avaliação do aumento do número de Equipes de Saúde Bucal e do surgimento de diferentes modalidades, incluídas na Estratégia Saúde da Família, nos municípios maranhenses, oportunizará uma análise de seu real impacto na população com essa cobertura e, conseqüentemente possibilitará a proposição de mudanças significativas e a construção de um perfil da situação de saúde bucal e que contribua para sua evolução na Estratégia Saúde da Família, como agente ativo das intervenções realizadas pela Estratégia Saúde da Família e consolidando-a por meio da ampliação do acesso, melhoria da qualidade e reorganização da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, no período de 2005 a 2015.

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, no 1º nível de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2008). Este estudo poderá contribuir para uma (re) organização dos serviços públicos odontológicos, ampliação e qualificação à atenção e acesso a esses serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde/Estratégia Saúde da Família, respeitando os princípios norteadores, e possibilitará o fornecimento de dados para justificar uma avaliação que aponte a necessidade de maior investimento na melhoria dos serviços e ações na atenção básica e, conseqüentemente, melhoria da qualidade. Nessa perspectiva poderá possibilitar que a promoção de saúde alcance todos os cidadãos que dele se utilizem.

O presente estudo se justifica pela necessidade de avaliar o real impacto das ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, Estado do Maranhão, no período de 2005 a 2015.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Sistema Único de Saúde e a descentralização

A criação do Sistema Único da Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 e 8.142/1990, determinou grandes e significativas mudanças nas políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 1990).

O processo de construção do SUS é histórico e resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos realizados por diferentes atores sociais, em diferentes momentos e circunstâncias, não sendo fruto apenas da conjuntura atual (BRASIL, 2001).

Constata-se então, que a saúde tem sido pauta de intensos debates e constantes movimentos que visam assegurar a garantia de acesso, a integralidade da atenção e o equilíbrio entre recurso e demanda (BRASIL, 2006; ANDRADE, 2007).

Sob esta nova perspectiva o SUS, veio com a responsabilidade de ruptura com o modelo de saúde predominante no Brasil, caracterizado por ser excludente, com elevada distância entre as equipes de saúde e a população, destacando a especialização, apagando a visão integral das pessoas, sem focar a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2001b).

Sabe-se que com a promulgação da CF de 1988 e a implantação do SUS, alicerçada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), o sistema de saúde no Brasil ganhou uma nova estrutura com um novo modelo a ser implantado em todo o território nacional e a edição de um conjunto de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que vem orientando o setor público para sua efetiva implantação (BOURGET, 2006).

Reforça-se que a criação do SUS se deu pela CF de 88, é regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (CORDOBA, 2013; BRASIL, 1990).

Embora a CF estabeleça para o SUS um arcabouço legal (jurídico e administrativo) que engloba as três esferas de governo, a adesão ao SUS não se deu na velocidade e proporção que se imaginava, portanto, para impulsionar a adesão dos municípios, houve a necessidade da instituição de vários dispositivos legais como: leis, decretos, portarias, normas operacionais e o Pacto pela Saúde (OHARA, SAITO, 2008; BRASIL, 2006).

Com o processo de descentralização da saúde proposto pelo SUS, o município passa a ter mais autonomia na tomada de decisões para satisfazer as necessidades dos cidadãos (ROSA; LABATE, 2005).

A saúde assegurada a todos como um direito na CF de 88 inclui o SUS, como proposta, com seus princípios fundamentados na integralidade da assistência, equidade, universalidade e controle social das ações de saúde (SOARES, *et al.*, 2011, BRASIL, 1990). Essas promessas, apesar de ainda não atingirem a totalidade dos cidadãos brasileiros de forma igualitária, representa uma das maiores ações em prol da justiça social já vistas no Brasil (COSTA, CARBONE, 2009).

Ressalta-se que um dos desafios do SUS no Brasil segue sendo operacionalizar e obter os recursos necessários para o seu pleno financiamento (AQUILANTE, ACIOLE, 2015), mas apesar das dificuldades encontradas para conseguir financiar a demanda sempre crescente e o alto custo das ações de saúde é, sem dúvida um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde do mundo, pois não apresenta caráter excludente em nenhuma ação de saúde (COSTA, CARBONE, 2009).

2.2 A saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família

Em um esforço para ampliar a atenção básica, concretizar as diretrizes do SUS e reorganizar a forma de assistência surgiu a proposta da ESF, tendo a unidade familiar como cerne (SOARES, *et al.*, 2011).

O PSF foi um programa criado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), que se propôs a ser um projeto dinamizador do SUS (SOARES, *et al.*, 2011), haja vista, a proposta de atender o indivíduo e a família de forma integrada dentro da comunidade social, econômica e cultural. (ROSA; LABATE, 2005).

É uma estratégia adotada a nível nacional, com o principal propósito de organização da prática da atenção à saúde sob novas bases, centrando o foco na família, na tentativa de alcançar uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros (PEREIRA, *et al.*, 2009). Com foco na família, no seu espaço físico e social, proporcionando uma visão ampliada do processo saúde–doença, com intervenções além das práticas curativas (BRASIL, 2003). Componente do SUS, resultante das mobilizações que caracterizaram essa sociedade na construção do direito à saúde ao longo de décadas, configura as dimensões das práticas de saúde, características territoriais, populacionais da sociedade brasileira e das ações neles desenvolvidas. (SOUSA, RONCAL, 2007).

O PSF, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), devido a seu caráter de permanência na agenda de saúde do país, configura-se como a principal estratégia para reorganização do modelo de AB à saúde no Brasil (BRASIL, 2006).

Costa, Carbone (2009) afirmam que o objetivo da ESF não é disfarçar as profundas contradições existentes nas políticas de saúde, nem resolver essa problemática em todas as instâncias, mas que, por meio da promoção da saúde e da longitudinalidade da assistência, busca reduzir a demanda por serviços de maior complexidade, agindo sobre o processo saúde-doença preventivamente e com resolutividade sobre as patologias menos complexas ou seu estágio inicial. Com essa compreensão, ratificam os autores que confere à ESF uma tática de reorganização da AB, reorientando conseqüentemente, todo o sistema de saúde e permitindo melhor adequação na distribuição de recursos.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, que trabalha com a promoção de saúde para resolver os problemas específicos de cada região, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (BESEN et al., 2007; BRASIL, 1994).

A ESF é, portanto, um processo de ação em saúde relativamente novo e necessita de uma maior integração entre os profissionais, os gestores e a comunidade para alcançar maior resolubilidade nas ações desenvolvidas (ANJOS, et al., 2011).

Com o advento do SUS, tem-se priorizado a instituição de modelos assistenciais em saúde bucal centrados nos princípios que o norteiam: integralidade, universalidade, descentralização das ações e controle social (REIS, et al., 2006).

Inicialmente as equipes de saúde da família eram compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Com a inclusão da saúde bucal nas equipes, que se deu algum tempo depois, se constitui um dos grandes avanços da ESF, na perspectiva da integralidade (RODRIGUES et al., 2009).

As condições de saúde bucal apresentadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 1988, informaram que uma parcela importante da população brasileira não tinha acesso aos serviços odontológicos, revelando que 20 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista, (18,97%), apontando também a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliação do acesso. O MS estabeleceu incentivo para a inserção das ações de saúde bucal nas ESF (BRASIL, 2002).

A incorporação oficial do Cirurgião – Dentista (CD) na ESF aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável (SOUZA, RONCALLI, 2007).

A inserção das equipes se deu somente a partir de 2001, com a Portaria 1.444 de 28/12/2000, constituindo um importante passo para a reorganização da atenção à saúde bucal e um maior acesso da população de baixa renda às ações de saúde e tratamento dentário de

qualidade (EMMI, BARROSO, 2008; BRASIL, 2000), com objetivos da melhoria dos índices epidemiológicos e ampliação do acesso da população as ações a ela relacionadas (BRASIL, 2000).

A Portaria garantia incentivo financeiro para 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada 2 Equipes de Saúde da Família (ESF), isso representava um fator limitante ao processo de implantação das ESBs e impunha aos profissionais da saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho desses profissionais (PUCCA JÚNIOR, et al., 2009).

Com a implantação da Portaria 673/GM, em 2003, o MS passou a financiar as ESBs na proporção de 1:1 com relação às ESFs (PUCCA JÚNIOR, et al., 2009).

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 no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Diante do observado é certo que os serviços de saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade e que apesar dos avanços perceptíveis com a mudança do modelo de atenção à saúde bucal a partir da sua inclusão na ESF, é importante verificar como efetivamente isso vem ocorrendo (MATTOS, et al., 2014).

Reforçam Mattos et al. (2014) e Silva et al. (2011) que de fato, com o surgimento da ESF, a Odontologia se viu imersa em um contexto de mudança de paradigma, cuja ótica diferente de atenção em saúde, buscava olhar o paciente como um todo e não somente os seus problemas bucais.

Ressaltam ainda Mattos et al (2014), que a saúde bucal, incorporada oficialmente na ESF em 2000, da mesma forma que a ESF, vem passando por um momento de grande expansão em todo o país, principalmente após o estabelecimento de incentivos financeiros para a sua incorporação.

São inegáveis, porém ainda incipientes, os avanços alcançados desde a formulação da proposta de inserção de ESB no PSF (SILVEIRA FILHO, 2002). Essa inserção tem se dado de forma gradativa, nos municípios brasileiros, representando um grande passo, não apenas para a categoria, mas, principalmente, para a população, que passa a ter acesso a uma Odontologia que traz em sua metodologia de ação o desafio de promover saúde, preocupada não apenas com o tratar e com o indivíduo, mas voltada para a prevenção e para o coletivo, levando-se em conta todo o contexto no qual ela está inserida (TEIXEIRA, 2004).

A saúde bucal aos poucos vem sendo consolidada nessa estratégia, e, apesar dos muitos desafios enfrentados e outros ainda a serem superados, a inserção da equipe de saúde bucal no conjunto das atividades e ações da ESF exige um inegável avanço (ANJOS, 2011).

É fato a necessidade da continuidade da expansão do número de ESB na ESF, mas que também é premente uma melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes, bem como a necessidade da integração da Odontologia na ESF como uma das missões dos profissionais e pensadores da saúde bucal, uma vez que a ampliação da cobertura populacional é um dos elementos constitutivos do acesso (CARNUT, SILVA, 2012).

Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal a inclusão da saúde bucal nas ações da AB permite vislumbrar uma possibilidade de aumento da cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. (BRASIL, 2004).

No contexto de uma nova conjuntura política foi lançada em 2014 a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Esta política foi responsável pela expansão das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e gerou um aumento no repasse do nível federal para municípios e na redefinição das suas ações (LUCENA, JÚNIOR & SOUSA, 2011).

Nessa perspectiva a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente” –, cujos pressupostos – qualificar a AP em saúde, assegurar a integralidade das ações, atuar como base na vigilância em saúde, planejar as ações de acordo com a epidemiologia e as informações de território, e financiar e definir agenda de pesquisa para que se trabalhe com base em evidências científicas –, possibilitou a ampliação do acesso às ações de saúde bucal (BRASIL, 2004).

A Política de Saúde Bucal do Brasil - “Brasil Sorridente”-, foi lançada em 2004 sob novas condições políticas. Determina uma expansão na implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, envolvendo, assim, um aumento na provisão de recursos federais para estados e municípios. O último redefiniu suas atividades e estabeleceu uma posição de referência e contra-referência na atenção secundária, através da criação de Centros de Especialidades Odontológicas, inclui a reabilitação protética, através da constituição de Laboratórios de Prótese Dentária, e expandiu a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil (PUCCA JÚNIOR et al., 2009).

O Brasil Sorridente é desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade

existente no território em que vivem essas populações. Tem como objetivo reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica (BRASIL, 2004).

Cabe registrar que essa política refletiu o impacto no que tange a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente de Atenção Primária, por meio da inserção de ESBs nas ESFs; e de atenção secundária, concretizada pela abertura dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, 2004; ANTUNES, NARVAI, 2010).

Na atenção secundária, os CEOs e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) possibilitaram a criação e estruturação da rede de saúde bucal nos municípios, lembrando que até então os serviços especializados de saúde bucal eram restritos quase que exclusivamente para aqueles que tinham recursos para comprarem os serviços na rede privada de saúde.

Os CEOs têm sido, portanto, a estratégia da PNSB para garantir a atenção secundária. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a AP, integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando minimamente as especialidades: periodontia, endodontia, atendimento a pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal e cirurgia oral menor (GOES, et al., 2012).

A PNSB foi responsável pela ampliação do atendimento, pois suas ações não se restringem apenas ao repasse de incentivos financeiros isolados, mas ao incentivo para as ESBs, implantação de laboratórios de próteses em todo o país, disponibilizando prótese dentária na rede de assistência básica, ampliando e qualificando a AB, promovendo a inclusão de insumos odontológicos na farmácia básica do PSF, apoio para a fluoretação das águas de abastecimento, aumento da resolutividade na AB, levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira com geração de cerca de 25 mil empregos diretos na área de saúde bucal (BRASIL, 2004).

Ratifica-se, portanto, que essa política vem se configurando no cenário nacional desde 2004, com o intuito de reorientar ações de saúde bucal na AB e nas ações de média e alta complexidade. Tem como um dos pressupostos a incorporação à ESF das ações de saúde bucal para atuar como um modelo de vigilância em saúde e garantir uma rede de atenção com toda a rede de serviço e integralidade das ações de saúde bucal (ANJOS, et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS), em 2010, realizou um balanço das ações de saúde bucal de 2002 a 2010 do “Brasil Sorridente”, que refletiu uma mudança expressiva nas condições de saúde bucal da população brasileira. O Brasil passa a integrar grupo de países com baixa

prevalência de cárie, o que evidencia que a saúde bucal do brasileiro teve grande melhoria como reflexo do Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2010; TOLEDO, QUELUZ, 2011).

2.3 Formação acadêmica do cirurgião-dentista para atuação na Estratégia Saúde da Família

O ensino superior em saúde no Brasil tem sido cenário de muitas discussões acerca das demandas por novas formas de trabalhar o conhecimento dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, centrada na integralidade, com o intuito de superar a tendência pedagógica tradicional, que se torna inadequada frente aos novos desafios de formação/atuação profissional no âmbito da educação e saúde (SCORZONI, BUENO, COSCRATO, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) deliberadas pelo Ministério da Educação, em 2002, acerca dos cursos de graduação da área de saúde, reflete de forma evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (Resolução CNE/CES, 2002).

A formação do cirurgião-dentista brasileiro tem se fundamentado em uma técnica racional, calcada na filosofia positivista, distanciada das questões sociais, realizando as práticas curativas, individualizadas, elitistas e com a valoração do conhecimento por especialidades, e que as coloca num patamar superior à visão integral do paciente, o que o afasta da condição de promotor da saúde (ARAÚJO, MELLO, 2011).

A Odontologia por muito tempo apresentava-se como uma profissão cuja atuação era quase que exclusivamente privada e a inserção dos CDs era bastante limitada no âmbito público, entretanto, atualmente coexiste a outra face do mercado, que é a saúde coletiva, revelando o grande desafio da formação de um profissional com características inovadoras, aptos para trabalharem na saúde bucal coletiva (SCORZONI, BUENO, COSCRATO, 2013).

Os princípios norteadores do SUS exigem a formação de CDs com forte embasamento generalista, preparados para associar problemas bucais e sistêmicos. É, portanto, um desafio para os CDs oriundos de uma formação tradicional, articular a atuação profissional do seu universo biológico ao exercício da docência, uma vez que são solicitados a desenvolver abordagens, conceitos e paradigmas das ciências humanas e sociais (ARAÚJO, MELLO, 2011).

Por outro lado, o panorama atual da educação impõe novos rumos a serem trilhado na construção do conhecimento que, certamente, torna fácil dimensionar o problema e difícil solucioná-lo a contento (SCORZONI, BUENO, COSCRATO, 2013).

As universidades por sua vez não ocupam o mesmo lugar do passado no que tange ao conhecimento e sua difusão; atualmente vivem um momento especial frente a esse novo paradigma que está voltado para a relevância social (ARAÚJO, MELLO, 2011).

Cericato et al (2007) afirmam que é fato as condições de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada, pois a maioria dos profissionais não possuem especialização e quando isso ocorre não há relação com a saúde pública ou coletiva. E que a expectativa do acadêmico de Odontologia é atuar como profissional liberal e só vai trabalhar na ESF em virtude das dificuldades do mercado (SANCHEZ, et al., 2008).

Ressalta Souza (2013) que o profissional odontólogo, por sua vez, encontra o mercado de trabalho saturado, o que gera alto grau de competitividade, subemprego, dificuldade de atuação em consultório particular, levando-o a buscar trabalho no setor público que a princípio não era sua escolha.

Diante desse panorama a formação do CD no Brasil aponta pra necessidade de mudanças na concepção dos cursos de graduação, que priorizem os valores sociais e a promoção da saúde, o que reflete um momento de transitoriedade, com alguns avanços, como a incorporação dos valores éticos à formação profissional e a criação de novos cenários de prática para os estudantes, por meio da integração ensino-serviço (GUIMARÃES, MELLO, PIRES, 2014).

As DCNs, portanto, definiram para os cursos de graduação em Odontologia princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de CDs, substituindo o antigo currículo mínimo, de 1982, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996 (BRASIL, 2002).

O ensino de graduação da Odontologia no Brasil apresenta alto grau de qualidade de atenção profissional devido a avançada tecnologia existente, favorável à solução da gama de problemas de saúde bucal, com privilégio dos saberes técnicos, mas a formação pedagógica ocorre por iniciativa própria ou de forma limitada pelos programas de pós-graduação. Isso reforça a necessidade de uma real integração das dimensões técnicas às ético-humanísticas (ARAÚJO, MELLO, 2011).

2.4 Capacitação e treinamento do Cirurgião – Dentista no contexto da Estratégia Saúde da Família

A saúde da família é a estratégia que o MS do Brasil escolheu para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da AB (COSTA, CARBONE, 2009; SOARES, et al., 2011; REIS, et al., 2006; EMMI, BARROSO, 2006; BRASIL, 2000). Constitui-se uma das grandes prioridades do MS (FERREIRA, SCHIMITH, CÁCERES, 2010), para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de AP (DA ROS, 2004).

Baldani, et al. (2005) reforçam que o documento que define as bases do PSF destaca que, em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, este prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A atuação da ESF se dá por uma equipe multiprofissional e considerada uma das portas de entrada da AB, cujas ações estão voltadas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos da saúde, como também na manutenção da saúde da comunidade à qual assiste (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008; CORDOBA, 2013; COSTA, CARBONE, 2009).

O PSF visa ao trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (BRASIL, 1997).

Mais do que equipamentos, remédios, hospitais e leis, o sistema de saúde de um país é feito por pessoas. A força de trabalho representa o principal componente dessa estrutura. Dela depende a qualidade do atendimento, o acesso às regiões mais distantes e, sobretudo, a promoção da saúde em todas as suas concepções: prevenção de doenças, tratamentos, educação e qualidade de vida (CONASEMS, 2007).

Inicialmente, na época da implantação, as equipes do PSF eram minimamente compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 1996; COSTA, CARBONE, 2009; CORDOBA, 2013).

Estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) junto com a PNAD, em 1998, divulgaram resultados desoladores, sobre a saúde bucal da população brasileira. Diante dessa realidade o MS publicou a 1ª Portaria, em 2000, que introduziu oficialmente a saúde bucal na ESF (SOARES, et al., 2011).

A partir de 2001, profissionais de saúde bucal passaram a fazer parte das equipes básicas, de saúde: odontólogo, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2000).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou ESBs): cirurgião – dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2001, 2004).

A formação profissional na AB tem se configurado como uma grande questão a ser dirimida pois, obter profissionais aptos a trabalharem nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de promoção da saúde não se constitui uma tarefa fácil (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

O perfil e a atuação dos profissionais de saúde deste programa são os principais fatores de sucesso para o resultado positivo do trabalho das equipes de saúde da família (FERREIRA, SCHIMITH, CÁCERES, 2010).

Na política de recursos humanos em saúde, o debate envolve a preparação e a qualificação dos trabalhadores para a saúde coletiva, vislumbrando a consolidação da ESF, o SUS e a garantia dos seus princípios fundamentais (MARSIGLIA, 2004). Nesse sentido, um dos desafios para implementação das diretrizes da ESF consiste em envolver os profissionais inseridos na estratégia em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde (COSTA, et al., 2009).

Frente a essa realidade, o MS percebeu a importância da capacitação dos profissionais e, a partir da Conferência Nacional de Recursos Humanos de 1986 a 1993, criou os polos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família, objetivando a integração ensino x serviço, face às necessidades de capacitação dos profissionais da área. Também foram implementadas parcerias com universidades e escolas de saúde pública, houve repasses de incentivos financeiros e ofertas de cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, para aprimorar o perfil dos profissionais em saúde da família. (FERREIRA, SCHIMITH, CÁCERES, 2010; FERREIRA, et al., 2010).

Vale destacar que a formação de recursos humanos em conformidade com as necessidades da AB, que se traduzem no país pela estratégia do PSF, está em sintonia com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, com o

intuito de promover uma formação que desloque o foco da doença instalada para a produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (SANCHEZ, et al., 2008).

Atualmente a equipe multiprofissional da ESF é composta, no mínimo, de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 ACS. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio (COSTA, CARBONE, 2009; CORDOBA, 2013).

Segundo o MS, as equipes multiprofissionais da ESF que apresentam a inserção ESBs são constituídas por Cirurgião – Dentista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) (BRASIL, 1997; COSTA, CARBONE, 2009).

A ESB é composta de um CD, um ASB e um TSB (modalidade II) ou somente um CD e um ASB (modalidade I) (BRASIL, 2004; TOLEDO, QUELUZ, 2011).

A formação dos profissionais que integram as ESBs apresenta um perfil caracterizado por alguns problemas: Há profissionais de nível médio com uma formação ainda insuficiente e observa-se um grande número de profissionais atuando nos setores público e privado sem a qualificação necessária. Já em relação aos profissionais de nível universitário, observa-se um bom nível de qualificação, entretanto com uma prática não compatível com as necessidades exigidas pelo serviço público de saúde, refletindo uma formação inadequada (RODRIGUES, 2005). No entanto, as ESBs devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais (RODRIGUES, et al., 2010).

Frente a esses aspectos acima comentados e visando a operacionalização das ações de saúde bucal na ESF como forma de reorganização dessa área no âmbito da AB, o MS também determinou atribuições específicas para cada um dos integrantes da ESB (BRASIL, 2000).

Compete ao CD realizar exames clínicos para diagnóstico epidemiológico, procedimentos coletivos, aplicação tópica de flúor, aplicação de carioestático, aplicação de selante, controle de placa bacteriana, escariação, raspagem, alisamento e polimento, curetagem supragengival e polimento dentário, selamento da cavidade com cimento provisório, capeamento pulpar direto em dente permanente, pulpotomia, restauração a pino, restauração com amálgama de 1,2 ou mais faces com compósito, silicato, fotopolimerizável, ionômero de vidro, exodontia, tratamento de hemorragias, glossorafia, ulotomia/ulectomia e necropulpectomia (COSTA, CARBONE, 2009; CORDOBA, 2013; BRASIL, 2001).

Quando necessário, os CDs encaminham os usuários a níveis de maior complexidade, realizando atendimento inicial nas urgências, pequenas cirurgias, prescrevem medicamentos na sua área de atuação, emitem documentação sobre assuntos de sua competência, estabelecem plano de prioridades locais, coordenam ações coletivas voltadas para a promoção em saúde bucal e supervisionam seus auxiliares (COSTA, CARBONE, 2009; CORDOBA, 2013; BRASIL, 2001).

Para o cumprimento das atribuições das equipes de saúde da família desenhadas pelo MS, é preciso que o profissional de saúde apresente competências e habilidades construídas inicialmente em sua formação e aperfeiçoada constantemente durante o processo de educação permanente (PESSANHA, CUNHA, 2009).

O MS tem preocupação constante com a educação permanente em saúde (EPCS), se constituindo parte da reestruturação do modelo de qualificação do profissional atuante no SUS e juntamente com a NOB-RH/2014 (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos), editada pela Portaria nº 198/04, para transformação das práticas de saúde e organização dos serviços, com o intuito de articular as esferas de gestão, instituições formadoras e o sistema de saúde (BARTH, 2014; BRASIL, 2014).

Em virtude da sua formação educacional voltada para questões biológicas, curativas e técnicas; o CD que atua na ESF, se vê diante de muitos desafios para o desenvolvimento das atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, o que dificulta o desempenho de suas funções nesse novo modelo de atenção à saúde (RODRIGUES, et al., 2010).

Estudos tem revelado que alunos dos últimos anos de graduação em Odontologia não sabiam como é o trabalho e a rotina da ESF, o que reflete uma formação acadêmica que não contribui para atuação nesse modelo de assistência à saúde bucal (SOUZA, 2013).

Reforçam Rodrigues et al. (2009), a visão da capacitação de recursos humanos na Odontologia para o desenvolvimento desse novo processo de trabalho, caracterizado por uma atenção às necessidades de saúde da população; constitui-se uma preocupação constante.

Para a mudança de atitude profissional em saúde bucal coletiva é necessário também a capacitação profissional continuada, como exigência no exercício desta nova prática que se constitui a ESF, além da monitoração e avaliação das atividades e ações desenvolvidas. Essa capacitação deve ser permanente e continuada ainda que o CD tenha tido uma adequada formação para atuar na ESF/ESB (SOUZA, 2013), e apropriada para corresponder ao novo modelo de saúde bucal.

É importante também ressaltar que é indispensável à continuidade da expansão do número de ESBs na ESF, bem como uma melhor qualificação dos profissionais que atuam nestas equipes (CARNUT; SILVA, 2012).

Ratifica-se baseado na ideia de Flinker, Caetano, Ramos (2011) que para a ocorrência de novas mudanças curriculares, essas devem ser de fato, capazes de favorecer o aperfeiçoamento do SUS e os cursos necessitam de um grande avanço nas alianças e ações estratégicas com base na educação permanente em saúde.

A literatura tem revelado que a formação profissional em odontologia se encontra em um contexto de mudanças curriculares em um momento de transitoriedade, evidenciando alguns avanços como a incorporação de valores éticos à formação profissional dos CDs e a criação de novos cenários de práticas para estudantes por meio da integração ensino- serviço (GUIMARÃES, DE MELLO, PIRES, 2014).

Trabalhos também tem evidenciado que a maioria dos CDs tem cursos de pós-graduação, tipo aperfeiçoamento concentrado nas áreas de prótese, dentística ou endodontia, portanto, não identificando especialização na área da saúde coletiva, o que vem reforçar a necessidade da prática de uma educação permanente, que contemple esse novo olhar para a saúde bucal (RODRIGUES, et al., 2009).

3.1 Natureza do estudo

Estudo de campo, descritivo, exploratório, transversal e de abordagem qualitativa, no qual se buscou investigar as ações do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família em 02 municípios do estado do Maranhão, bem como seu impacto na saúde dos usuários do SUS. Foram selecionados como cenário da pesquisa, os municípios de São Luís (modalidade I de Equipes de Saúde Bucal), que possui 12 cirurgiões-dentistas no Distrito Sanitário nº 7 do Tirirical, e o município de Bacabeira, com 02 cirurgiões-dentistas (modalidade I) e 04 cirurgiões-dentistas (modalidade II), perfazendo um total de 18 cirurgiões-dentistas.

O número total de profissionais nos municípios foi verificado através de dados obtidos pelo Departamento de Informática do SUS/MS, através da ferramenta do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/2015).

A natureza qualitativa do estudo permitirá apresentar um instrumental coerente, capaz de encaminhar os impasses teóricos para os desafios da prática, caracterizando uma relação dinâmica entre o mundo real e o participante, isto é, um vínculo indissociável entre o objetivo e a subjetividade do participante, que não poderá ser traduzida *em números*. (MINAYO, 2010). Exerce um papel relevante na compreensão das relações, das representações, da história e das opiniões, que resultam das interpretações dos humanos sobre suas vivências, atividades diárias, sentimentos e pensamentos. (GIL, 2010).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em municípios maranhenses, que apresentam equipes de saúde bucal modalidade I e modalidade II. O estado do Maranhão (MA) possui uma população de 6.851 milhões de habitantes e estimada para 2015 em 6.904.241 habitantes, em uma área de 331.936.948 km², com 217 municípios.

O município de São Luís – MA, apresenta 07 Distritos Sanitários (DS), com apenas Equipes de Saúde Bucal Modalidade I, nas suas referidas Unidades de Saúde da Família (USFs). O estudo no município de São Luís/MA foi realizado no Distrito Sanitário do Tirirical, por representar o DS com maior número de equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (DATASUS, 2015) e no município de Bacabeira, também do estado do Maranhão, com 06 Equipes de Saúde Bucal, sendo Modalidade I (02 equipes) e Modalidade II (04 equipes). Este é o único município do referido

estado com 04 equipes com modalidade II, onde são efetivadas as ações básicas de saúde, em destaque as de saúde bucal (DATASUS, 2015).

São Luís, capital do estado do Maranhão, possui uma população de 1.064.197 habitantes, distribuída em uma área de 827 km², com a implantação da Estratégia Saúde da Família desde 2001, com 104 ESFs, distribuídas em Distritos Sanitários (DS), refletindo, portanto, uma cobertura populacional de 40,8%. (SIAB, 2014), e 45 ESBs, somente na modalidade I, com uma cobertura de 28,35% (SIAB, 2014).

A distribuição das ESFs no município de São Luís – MA com ESBs se dá em sete DS: Bequimão com 06 ESFs, 8,9% de cobertura de ESF e 01 ESBs; Centro com 10 ESFs, 46,5% de cobertura e 05 ESBs; COHAB com 13 ESFs, 25,5% de cobertura e 07 ESBs; Coroadinho com 04 ESFs, 13,7% de cobertura, 02 ESBs; Itaqui Bacanga com 17 ESFs, 31,2 % de cobertura e 04 ESBs; Tirirical com 37 ESFs, 50,3% de cobertura e 12 ESBs e Vila Esperança com 17 ESFs, 60,9% de cobertura e 11 ESBs.

O município de Bacabeira com uma população de 16.276 habitantes, distribuída em 615,859 km², com implantação da ESF a partir de 2000, e atualmente apresenta 06 ESFs, com 02 ESBs modalidade I e 04 ESBs modalidade II, e uma cobertura populacional de 100% de ESF e 100% de ESB (SIAB, 2015).

O critério de escolha das equipes que participaram desse estudo ocorreu mediante autorização prévia do gestor municipal de saúde. Após a sua autorização foi encaminhada uma carta de apresentação contendo dados inerentes ao projeto para o gestor da USF, bem como houve a realização de um contato prévio com os profissionais das equipes, para explicação do trabalho a ser desenvolvido e solicitação da colaboração dos mesmos na participação e coleta dos dados.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes dessa pesquisa foram cirurgiões-dentistas que desenvolvem atividades nas ESBs inseridas na ESF, no município de São Luís – MA e no município de Bacabeira, - MA. Como critério de inclusão foram selecionados profissionais que desenvolvem atividades nas ESBs do DS 7, do Tirirical de São Luís – MA e do município de Bacabeira, MA, de ambos os sexos, concursados ou prestadores de serviços com pelo menos 2 anos de atuação na ESF e que possuem experiência no local de trabalho em todos os turnos. Os critérios de exclusão foram: profissionais que desenvolvem atividades voluntárias, estagiários e os que estiverem de licença saúde, licença prêmio e afastamento.

O critério de seleção dos participantes foi verificado considerando-se a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Inicialmente foi realizado um contato, de caráter pessoal, pela própria pesquisadora, com o intuito de oficializar o convite e enfatizar a importância desse estudo para a saúde bucal.

O universo total de profissionais nas duas cidades e nas duas modalidades ficou composta de **18** CDs. Destes 18 entraram nos critérios de inclusão e foram recrutados, porém somente **14** CDs participaram do estudo.

Com a concordância em participar desse estudo, foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que obedeceu a aspectos éticos e legais, conforme a determinação da Resolução nº 466/12, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação e que deverá ser assinado (BRASIL, 2012).

3.4 Instrumento e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2015, onde foram obtidos dados utilizando-se um roteiro para entrevista (APÊNDICE B), de forma a contemplar o objetivo proposto nesse estudo. A primeira parte da entrevista constou de um questionário com perguntas fechadas, contendo a caracterização dos participantes (idade, ESF, aspectos relacionados à formação profissional e tempo de experiência na ESF). A segunda parte, a entrevista, partiu de uma pergunta norteadora e se embasou em questões subjetivas que visam à condução de um diálogo sobre a implantação/implementação das ações de saúde bucal, implantação da ESF/ESB, educação permanente e a organização das equipes que podem ser complementadas por outras questões que possam surgir no momento da entrevista, emergindo de forma mais livre e com respostas que não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 2003).

A opção por entrevista se dá baseada em estudos como de Minayo (2010) que afirmam ser a entrevista a representação do indivíduo por meio de ideias, sentimentos, condutas e projeções para o futuro, elementos fornecidos apenas mediante a contribuição do entrevistado. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada, nas dependências do cenário do estudo, ocorrendo conforme disponibilidade dos participantes.

3.5 Organização e análise dos dados

A organização e análise dos dados foram realizadas mediante a utilização da Análise de Conteúdos de Bardin. Essa análise faz alusão à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação antecipadamente determinada, ou seja, consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico selecionado. As entrevistas foram recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que foi afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar (BARDIN, 2014).

A técnica de análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1979).

Para a aplicabilidade desta metodologia as entrevistas foram gravadas em mp3\mp4, posteriormente à autorização dos participantes. Utilizou-se o aplicativo gravador de voz presente no smartphone modelo Samsung GalaxyGran Prime duos, ano 2014, com sistema operacional Android, obtido pela ferramenta googleplay ou play store.

3.6 Aspectos éticos e legais

Inicialmente o projeto foi encaminhado à Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Município (SEMUS) de São Luís – MA e Secretaria de Saúde do município de Bacabeira, no estado do Maranhão para conhecimento e avaliação do seu teor científico-metodológico, para que a equipe apropriada autorizasse a sua realização.

Após a aprovação do projeto pelas SEMUS, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde do Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Teresina – PI. Os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do CNS foram garantidos por meio do TCLE, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, onde foram esclarecidas as etapas e os objetivos da pesquisa.

O anonimato foi totalmente preservado, as identidades dos participantes ficarão em sigilo, dados acessíveis somente pelos pesquisadores, sendo obrigatória a assinatura do TCLE (APÊNDICE A) por todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, texto lavrado em 2 vias, uma para o participante e outra para o pesquisador, garantindo-se a segurança de ambos.

3.6.1 Riscos e benefícios

Segundo a Resolução do CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, toda pesquisa envolve riscos em tipos e gradação variados e quanto maiores e mais evidentes forem aos participantes, maiores também devem ser os cuidados para minimizá-los (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa apresentou riscos previsíveis, mínimos para os participantes, tais como: constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. Em virtude disso as entrevistas foram realizadas em um ambiente climatizado e bem iluminado, com portas fechadas e com a presença do pesquisador. Foram, previamente agendadas, tendo o pesquisador tido o cuidado de respeitar a disponibilidade de tempo dos participantes, deixados à vontade para responderem ou não as questões, reforçando-se o aviso sobre a garantia do sigilo de sua identidade.

Destaca-se como benefício direto da pesquisa que, após a entrevista, foi fornecido aos participantes um manual contendo orientações sobre as principais ações educativas e preventivas que os CDs podem estar realizando dentro das ESF no dia a dia da UBS. Neste manual foram selecionadas as principais ações preventivas que devem ser praticadas pelo CDs e sua equipe.

4.1 Manuscrito

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (a ser submetido à Revista Saúde e Sociedade)**

**IMPACT OF DENTIST'S ACTIONS ON ORAL HEALTH STRATEG
IN THE FAMILY HEALTH**

**Janice Maria Lopes de Souza¹, Fabrício Ibiapina Tapety², Raimundo Rosendo Prado³
Júnior, Eliana Campelo Lago⁴, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida⁵**

¹Centro Universitário UNINOVAFAPI. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil: janicemls@hotmail.com

²Centro Universitário UNINOVAFAPI. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil:ftapety@uninovafapi.edu.br

³Centro Universitário UNINOVAFAPI. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil:rosendo_prado@ig.com.br

⁴Centro Universitário UNINOVAFAPI. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil: eliana@uninovafapi.edu.br

⁵Centro Universitário UNINOVAFAPI. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Bairro Tancredo Neves. Q2, BL18, APT nº201, Teresina, CEP: 64076-085, Piauí, Brasil: camilaapapila@hotmail.com

RESUMO

Identificar ações realizadas pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal e o impacto na saúde pública. Estudo descritivo, exploratório, abordagem qualitativa, realizado com cirurgiões – dentistas das diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família de dois municípios do Maranhão. Participaram do estudo 14 profissionais, 11 inseridos na modalidade I e 03 na modalidade II. Entrevista com questionário semi-estruturado, com roteiro temático. Análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Seis categorias temáticas: Ações do cirurgião-dentista realizadas nas modalidades de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; formação, especialização, capacitação e/ou

atualização do cirurgião-dentista e a promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família; dificuldades no trabalho da equipe de saúde da família; interrelação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família/Equipe Saúde Bucal; política salarial que beneficie os membros da Estratégia Saúde da Família; impacto das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. As ações realizadas pelo cirurgião-dentista nas modalidades de equipe saúde bucal buscam contemplar a Política Nacional de Saúde Bucal, com limitações nas ações de prevenção e promoção em saúde; mudanças na formação profissional quanto à lógica de saúde integral e ampliada; educação permanente para prática holística, interdisciplinar, com soluções compartilhadas. Ações realizadas pelo cirurgião-dentista refletem ainda modelo de atenção básica tradicional, em um contexto transformador. Equipes modalidade II avançaram mais na realização de ações preventivas e promoção da saúde bucal e reforça as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Identify actions taken by the dentist in the Family Health Strategy recommended by the National Oral Health Policy and the impact on public health. descriptive, exploratory, qualitative approach, conducted with surgeons - dentists of different types of oral health teams in the Family Health Strategy in two counties of Maranhao. Study participants were 14 professionals, 11 inserted in the mode I and mode II 03. Interview with semi-structured questionnaire with thematic guide. Data analysis used the Bardin content analysis technique. Six thematic categories: dentist Shares held in the oral health team modalities in the Family Health Strategy; training, expertise, training and / or update the dentist and health promotion in the Family Health Strategy; difficulties in the work of family health teams; interrelation of professionals of the Family Health Strategy / Team Oral Health; wage policy that benefits members of the Family Health Strategy; impact of oral health actions in the Family Health Strategy. The actions taken by the dentist in the dental health team seek ways to contemplate the National Oral Health Policy, with limitations in health prevention and promotion activities; changes in training, as the logic of full and expanded health; continuing education for holistic, interdisciplinary practice, with shared solutions. Actions taken by the dentist still reflect traditional primary care model, a transformative context. Teams mode II advanced

more in carrying out preventive actions and the promotion of oral health, and reinforces the guidelines of the National Oral Health Policy.

Keywords: Primary Health Care Family Health. Oral health.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 88 confirma a unificação dos serviços de saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS), nova formulação política e organizacional para reordenamento dos serviços e ações de saúde com atividades de promoção, proteção e recuperação, nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (AGUIAR, 2015).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), para reorganizar o sistema de saúde, reverter o modelo assistencial vigente, com mudança do objeto da atenção, forma de atuação e organização geral (SAITO, 2008) com princípios e diretrizes de organização da Atenção Primária (AP) (OHARA, SAITO, 2008). Diretrizes da saúde bucal com esses princípios foi base dos processos e critérios de garantia de acesso às ações de saúde bucal (SAITO, 2008).

A inserção da saúde bucal veio no momento oportuno de concretização da integralidade do SUS para responder às demandas impostas pela sociedade da década de 90 (NARVAI, FRAZÃO, 2008). As Equipes de Saúde Bucal foram incluídas na ESF, Portaria 1.444/2000 para reorganizar atenção básica e ampliar acesso aos cuidados de saúde bucal, com atenção integral individual e coletiva, e incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios (PUCCA JÚNIOR, et al., 2009).

A avaliação das ações das ESBs na ESF no Estado do Maranhão, nas diferentes modalidades, oportunizará uma releitura da atual situação, com mudanças significativas e a construção de um perfil da situação de saúde bucal nos municípios que contribua para sua evolução, como agente ativo e consolidador da saúde bucal brasileira, ampliando acesso, melhoria da qualidade e reorganização da atenção à saúde bucal na ESF.

Desta maneira, foi verificada a necessidade de se evidenciar o conhecimento acerca do impacto das ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades na ESF, no estado do Maranhão, no período de 2005 a 2015.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo identificar as ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, em municípios do Estado do Maranhão.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória, transversal e abordagem qualitativa, na qual foram analisados e avaliados o impacto das ações do cirurgião-dentista na saúde bucal, na Estratégia Saúde da Família em municípios do Estado do Maranhão.

O cenário da pesquisa, foram municípios de São Luís (modalidade I de Equipes de Saúde Bucal), com 12 cirurgiões-dentistas no Distrito Sanitário 7, (Tirirical), e Bacabeira, com 02 cirurgiões-dentistas (modalidade I) e 04 cirurgiões-dentistas (modalidade II), em um total de 18 cirurgiões-dentistas. (SIAB/2015).

Critérios de inclusão: cirurgiões-dentistas com atividades nas ESBs na ESF, ambos os sexos, concursados ou prestadores de serviços com pelo menos 2 anos de atuação na ESF e experiência no local de trabalho nos dois turnos nos município de São Luís e Bacabeira no estado do Maranhão e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: profissionais com atividades voluntárias, estagiários e de licença saúde, licença prêmio, afastamento e férias.

O número total de profissionais do município de São Luís e Bacabeira, no Estado do Maranhão a serem entrevistados foi fixado inicialmente em 18 profissionais, e por ser um estudo qualitativo, conseqüentemente, o número de indivíduos da amostra dependeria da saturação das respostas.

Foram entrevistados 10 profissionais da ESF do Distrito Sanitário nº 7, na modalidade I do município de São Luís – MA. 01 CD de São Luís estava de férias e outro de licença tratamento saúde. Em Bacabeira – MA, foram entrevistados 04 profissionais, 01 CD na modalidade I e 03 CDs na modalidade II, pois uma CD estava de férias e a outra em gozo de licença-maternidade, portanto a amostra foi de conveniência.

As entrevistas foram gravadas utilizando-se o aplicativo gravador de voz play store do smartphone samsung grand duos, analisadas individualmente e transcritas, conduzidas com roteiro temático e perguntas norteadoras sobre avaliação e impactos das ações do CD nas modalidades de ESB na ESF, com os questionamentos: “Fale das ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal que você realiza na ESF. Como você realiza essas ações, facilidades, dificuldades e desafios encontrados na sua modalidade de equipe e o impacto dessas ações na saúde bucal da população?” / “Discorra sobre a influência dos aspectos da sua formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e programas de capacitação que interferem na sua prática profissional relacionadas às ações de saúde bucal na ESF”.

Roteiros temáticos foram: *“ações de saúde bucal, identificação de lacunas no serviço, praxis profissionais, identificação das singularidades, diálogo permanente do serviço com a gestão, profissionais da equipe e a comunidade” / “formação acadêmica e profissional, capacitação e especialização, importância e ações de saúde bucal”*.

Os profissionais foram identificados pela letra N que significa profissional, seguido de numeração N1, N2, N3, etc. Em São Luís (MA), a identificação dos profissionais obedeceu à sequência de N1 SLZ a N10 SLZ, em virtude de terem sido entrevistados 10 CD, na modalidade I e; em Bacabeira (MA), a sequência de N1 BAC a N4 BAC, contemplando os 04 CD entrevistados, sendo 01 modalidade I e 03 modalidade II.

As informações foram recolhidas para análise do conteúdo segundo a temática de Bardin. As entrevistas foram recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo que foi afirmado sobre cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, independentemente do momento em que a afirmação tenha tido lugar.

A presente pesquisa foi aprovada pela instituição onde se realizou o estudo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI sobre parecer nº 1.339.364/2015, conforme prevê a resolução 466/2012 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Inexistiram recusas para participação do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação dos profissionais em São Luís – MA, variou de 03 a 34 anos, maioria com mais de 10 anos. Atuação na AB entre 03 a 15 anos, período relevante de experiência de trabalho. Foram observados 05 profissionais com especialização em saúde da família, 01 em saúde pública, os demais em outras especialidades e nenhum dos quais com título de mestre ou doutor. A capacitação e/ou atualização na saúde da família atingiu 06 profissionais que participaram de cursos nos últimos 10 anos, relacionados à ESF, como gestão em saúde, serviços de saúde, cursos introdutórios em Saúde da Família, saúde da pessoa idosa e DST-AIDS, a maioria dos quais custeados pelos profissionais, o que reforça interesse no aperfeiçoamento na sua área de atuação.

O salário é bastante diversificado, conforme a política salarial dos municípios, variando de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais) conforme enquadramento funcional. Os efetivos recebem uma remuneração superior, com renda total entre R\$ 3.000,00 (três mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Em Bacabeira – MA, o CD modalidade I é graduado há 45 anos, experiência na ESF de 09 anos, especialização em ESF e outras especialidades, inclusive mestrado e participa de capacitações constantes. Entre os da modalidade II, a graduação varia de 05 a 33 anos, sendo que apenas um tem especialização na ESF e 03 a 07 anos de experiência. Capacitação e/o atualização na ESF não ocorre constantemente, somente 01 profissional realizou esta modalidade de curso.

O salário da modalidade I é de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), sem qualquer variação, e renda total de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Para os da modalidade II a remuneração é fixada em R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) e a remuneração total de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos) a R\$ 12.000,00 (doze mil reais).

Após análise das falas foram identificadas seis categorias temáticas: 1- Ações do cirurgião dentista realizadas nas modalidades de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; 2- Formação, especialização e capacitação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família; 3- Maiores dificuldades no trabalho da equipe de saúde da família; 4- Importância da interrelação profissionais da Estratégia Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal; 5- Política salarial que beneficie todos os membros da Estratégia Saúde da Família e 6- Impactos das ações do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.

Categoria 01: As ações do cirurgião-dentista realizadas nas diferentes modalidades de Equipe Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

Aspectos observados e capturados nos discursos dos CDs para justificar ações realizadas na ESF, e seu envolvimento com a equipe, com atuação de forma integral, intersetorial, desvinculam-se do paradigma da Odontologia voltada quase que em sua totalidade para o atendimento curativo, para o modelo preconizado pela PNSB, alicerçada na promoção da saúde e um trabalho coletivo.

Os profissionais da cidade de São Luís – MA realizam ações educativas/ preventivas e de promoção da saúde (palestras, orientação de higiene bucal, aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada), de forma individual e coletiva, priorizando grupos: idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes e crianças. Ações são realizadas nas escolas, na comunidade, ações sociais e, ações curativas (restaurações, exodontias, raspagens etc), no consultório odontológico das unidades básicas de saúde.

Na articulação das falas dos entrevistados com a atual política de saúde bucal percebe-se que houve efeitos positivos quanto à realização de ações preventivas e educativas,

individuais e coletivas, sem negligenciar ações curativas, principalmente a dor de origem dentária. O processo de trabalho preconizado para saúde bucal na ESF pressupõe abordagem que amplie o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PEREIRA et. al. 2012).

N8SLZ – (...) “ações de saúde bucal na unidade são educativas, preventivas e curativas. As educativas realizadas nas escolas e comunidades conforme cronograma da equipe, priorizando os grupos (...)”.

N5 SLZ – (...) “atividades educativas em escolares, hipertensos e atividades curativas (...)”.

N6 SLZ – (...) “ações realizadas preventiva e educativa sem negligenciar a curativa. Realizadas nas escolas da própria comunidade, na unidade e no terminal rodoviário (...)”.

N7 SLZ – (...) “ações preventivas para educação e conscientização em saúde bucal (...)”

Promoção da saúde é tema complexo, com muitas interfaces e, em crescente processo de construção teórica e aplicação prática individual e coletiva (AGUIAR, 2015). Transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Essas ações incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos sistêmicos (SOUZA, et al., 2015).

A prevenção é dirigida às ações de detecção, controle e intervenção nos fatores de risco ou causais de grupos ou em uma enfermidade (AGUIAR, 2015). A prevenção e promoção da saúde bucal podem contribuir para uma mudança positiva, por meio da educação, e a escola é o local primordial (SOUZA, et al., 2015).

Trabalhos na literatura convergem para as falas mencionadas pelos CDs quanto às atividades educativas coletivas. Realizadas em grupos, sendo os escolares os mais beneficiados. Os dentistas que desenvolvem ações preventivas com escolares citaram a aplicação tópica de flúor e a escovação supervisionada foi relatada por poucos profissionais. A maioria dos dentistas destacou a realização de atividades educativas nas escolas, sendo que as palestras foram a principal forma de realização dessas ações (ALMEIDA, FERREIRA, 2008). A visita domiciliar e aos grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos foram referidos por um pouco mais da metade dos CDs. De forma menos frequente, foram relatadas ações em grupos na comunidade e nos diferentes espaços sociais.

As ESBs citam diversas ações consideradas promotoras de saúde e intersetoriais. A maioria se referia a ações de educação em saúde bucal, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e bochechos fluoretados, em espaços não clínicos, geralmente escolas, centros de educação infantil e outras instituições de ensino. Mencionaram realização destas atividades em empresas, entidades comunitárias, igrejas e a própria unidade de saúde.

Percebeu-se nas falas que, em Bacabeira – MA, as ações preventivas e curativas, são realizadas de formas similares, diferenciando-se na modalidade II quanto à frequência e abrangência maior, pela presença do Técnico de Saúde Bucal.

N3 BAC – (...) “facilidade que tenho é trabalhar na modalidade II, realizo atividades educativas e curativas, com participação do TSB que é muito competente (...)”.

N4 BAC – (...) “consequimos realizar atividades preventivas e curativas, com bastante produtividade porque temos uma equipe com TSBs de alta competência e bastante colaboradora (...)”.

No entanto outra equipe se manifestou, afirmando que a presença dos pais e/ou responsáveis nas palestras educativas nas escolas é insuficiente.

N2BAC – (...) “infelizmente a prática preventiva ainda não é possível nesta localidade, pois a população ainda possui a mentalidade de ‘doeu? – arranque!!!’ (...)”.

Os CDs entrevistados ratificam estudos de Coutinho et al., (2013), com a preocupação por parte dos profissionais da necessidade de trabalhar educação em saúde, estabelecer vínculos com a população informando-a e orientando-a quanto a prática dos melhores cuidados com sua saúde.

A Odontologia é profissão cuja prática é caracterizada por ações individualistas e altamente especializada com atuação voltada para aspectos clínicos e técnicos que vem sofrendo muitas críticas, situação refletida na própria percepção que tem o imaginário social sobre o dentista, o que contribui para o delineamento da imagem de um profissional mutilador (SOARES, REIS, FREIRE, 2014). Isso reforça cultura e hábitos populares quanto à procura de tratamentos curativos, mutiladores e emergenciais.

As necessidades da comunidade nem sempre comungam com as ações ofertadas e com a capacidade dos serviços de saúde bucal com respostas objetivas aos seus problemas, o que ratifica a necessidade de fortalecer a atenção básica no sistema. O atendimento deve se constituir a partir da compreensão das reais necessidades da população, e de um diagnóstico situacional, e desenvolvimento de uma relação profissionais/usuários, capaz de responder às demandas da população, garantir a atenção integral e contemplar serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Ressalta-se que as ações são direcionadas a grupos específicos da população, o que demonstra interesse quanto a equidade em saúde para grupos populacionais, socialmente desiguais, e pretende desmistificar o conhecimento sobre o atendimento odontológico. É necessário desenvolver trabalho de educação em saúde mais efetivo, para melhor aceitação da nova proposta em saúde bucal, e sensibilização para construção da consciência cidadã, capaz

de intervir na realidade e busca de atenção com (co) responsabilidade, embora as ações curativas ainda sobrepujem as preventivas, até mesmo por falta de aceitação pela própria comunidade de ações preventivas.

Observou-se que as comunidades assistidas por esses profissionais refletem as mesmas necessidades que a literatura relata, como, um trabalho de educação em saúde mais efetivo, para um entendimento melhor sobre a relevância do atendimento odontológico, com ênfase na co-responsabilização e um trabalho de educação permanente para profissionais, num contexto multiprofissional e interdisciplinar. As ações realizadas pelos profissionais são educativas, preventivas e de promoção da saúde, direcionadas à atenção de grupos, beneficiando o grupo “escolares” e com ações curativas realizadas nos consultórios odontológicos. É evidente um avanço considerável, mas que ainda se constitui um desafio para a melhoria da saúde bucal da população.

Categoria 02: A formação, especialização e capacitação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família

Na atualidade, vem sendo questionado o tipo de formação desenvolvida nas escolas de Odontologia, procurando encontrar soluções para uma formação desse profissional de Odontologia mais articulada às necessidades da população.

Observa-se, no entanto, que este novo paradigma, de uma formação voltada para a realidade social, apesar de já estar presente no pensamento acadêmico com relação às práticas de saúde bucal, na prática, não se encontra evidente, pois a formação da maioria dos novos profissionais egressos das universidades ainda permanece a mesma, ou seja, predominantemente voltada para a técnica (PINHEIRO, 2008).

Frente às entrevistas realizadas constatou-se ser fato ainda presente na formação dos CDs no Estado do Maranhão, o direcionamento a procedimentos clínico-curativos, no âmbito privado, em proporção menor as atividades educativas e preventivas, e os currículos acadêmicos ainda voltados a essa prática, o que reflete a necessidade urgente de uma revisão de currículos, ementas, planos de curso, conteúdos, práticas em saúde coletiva e valores.

A sinalização desta nova concepção na formação do CD já pode ser conferida no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais, publicado em 2002, pelo Ministério da Educação do Brasil, para os cursos de Odontologia, no qual é descrito o perfil do formando egresso e do profissional, como se segue (BRASIL, 2002)” [...] **cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à**

saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”.

Busca-se, com esse perfil, agora oficialmente, um profissional que saiba se envolver e intervir no plano social, que possa atuar no consultório particular e em equipes multidisciplinares de saúde, uma vez que os CDs foram formados, até então, quase que exclusivamente, para o exercício liberal. Esses profissionais deveriam ser habilitados, capacitados e estimulados a utilizar seus conhecimentos técnico-científicos na promoção de saúde bucal e solução dos problemas causados pelas doenças orais.

Em São Luís – MA, a formação dos profissionais deixa muito a desejar, o conhecimento básico na academia se torna incompleto frente às situações reais das ESF, fato este que os fizeram buscar por especializações, para a melhoria de suas ações.

N1 SLZ – (...)” fui jogada na primeira equipe do PSF que só participava médico e enfermeiro. Entrei em 2004 no PSF e fui me especializando. Conclui o curso de especialização em ESF, que muito contribuiu para o desenvolvimento das ações ao longo desses anos (...)”.

N2 SLZ – (...) “durante o processo acadêmico tive algumas cadeiras voltadas para a Saúde Coletiva e ações em estágio, mas realizadas de forma superficial (...) no final do curso iniciei a especialização em Saúde da Família, relevante para o desenvolvimento das atividades (...)”.

N3 SLZ – (...)”senti muitas dificuldades no início da minha atuação na ESF, pois minha formação contribuiu e favoreceu em algumas das ações de saúde bucal (...)”.

N6 SLZ – (...) “realizei palestras e participei de um projeto, mas a formação acadêmica não foi o suficiente para desenvolver as ações preconizadas para a saúde bucal (...)”.

Por outro lado, alguns entrevistados revelam que a formação acadêmica pode ter influência positiva na aplicação das estratégias de saúde da família, e existem profissionais que conseguem desenvolver suas atividades de forma completa.

N8 SLZ – (...) “ minha graduação contribuiu satisfatoriamente para realização das atividades profissionais e venho acompanhando as mudanças das políticas públicas de saúde bucal (...)”

N9 SLZ – (...) “minha formação acadêmica favoreceu as ações de saúde bucal na ESF, aprendi a tratar todos os pacientes da mesma maneira (...)”.

Qualificação dos CDs é fator de discussão, o perfil para atuar no PSF não é atingido por deficiência extremamente voltada para o desenvolvimento de habilidades técnicas, em detrimento daquelas necessárias ao trabalho com a coletividade e suas demandas (CERICATO, GARBINE E FERNANDES, 2007).

Em Bacabeira – MA, os cirurgiões dentistas da modalidade I e II afirmam:

N1 BAC – (...) “graduado anteriormente à implantação da ESB. Capacitação e pós-graduação subsidiaram a prática, melhorando desempenho frente ao novo paradigma (...)”.

N2 BAC – (...) *“não creio que faculdade tenha preparado suficiente para vida em saúde pública, boa teoria, prática foi pouca. Teoria foi sumindo por não aplicação do visto (...)”*.

N3 BAC – (...) *“minha graduação deixou a desejar, minha maior experiência foi na ESF()”*.

N4 BAC – (...) *“na minha época não existia a cadeira de saúde da família, era odontologia social, com o passar do tempo, a experiência no serviço público fui me adaptando as necessidades da comunidade de um modo geral (...)”*.

De um modo geral, os entrevistados sugeriram que a gestão pública devem investir mais na capacitação e/ou atualização dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família

As falas evidenciam ainda as deficiências nas grades curriculares das universidades que formaram os CDs, deficiências no treinamento e formação em saúde coletiva e no preparo para ações preventivas e promoção da saúde. Destacaram também a importância da capacitação, da especialização e do amadurecimento profissional frente à experiência na Estratégia Saúde da Família.

O Pacto de Gestão do SUS vem reafirmar a Política Nacional de Educação Permanente como capacitação em serviço para o trabalhador do SUS e define ser atribuição das três esferas de governo a proposição de ações em parcerias, em educação permanente, inclusive, entre instituições de ensino, serviços e representantes do controle social, com ações tanto para o campo da formação como do trabalho (AGUIAR, 2015).

A educação permanente, estratégia de aprendizagem no trabalho, propõe promover debate e reflexão a partir da problematização das necessidades de saúde individuais e coletivas, gestão do trabalho em saúde (AQUILANTE, ACIOLE, 2015).

Os participantes do estudo demonstraram grande interesse pelos cursos de capacitação na área da ESF e boa vontade em realizá-los:

N1 SLZ – (...) *“ultimamente sinto falta de capacitação (...)”*.

N6 SLZ – (...) *“muito importante para realizar as atividades e entender as dificuldades ()”*

N8 SLZ – (...) *“as capacitações também contribuem para a evolução dos programas incrementados no serviço público”*

N2 BAC – (...) *“talvez o trabalho fosse melhor, mais informativo, atualizações em PSF (...)”*.

N3 BAC – (...) *“municípios investir na capacitação, dificuldades com programas (...)”*.

A abordagem do PSF para o CD vai além do trabalho clínico, numa lógica de pensar a saúde de forma integral, ampliada. A formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada, o que reflete em falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e vivência do paradigma de promoção de saúde (CERICATO, GARBINE E FERNANDES, 2007).

Reforçam ainda que é válido dizer que as interpretações procedidas pelos entrevistados, revelam também que já possuem um sentido definido a respeito do seu papel na

qualidade de profissional da Odontologia, fortalecido no exercício da profissão, com um discurso deslocado para essa nova compreensão.

Com os resultados obtidos e frente o verificado na literatura, os profissionais, não somente os CDs, mas toda a equipe de saúde da família necessita de formação continuada. Atualmente o MS e Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) vêm investindo em cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, o que tem contribuído efetivamente para a educação permanente dos profissionais do SUS.

Categoria 03 - Dificuldades no trabalho da equipe de saúde da família

Os depoimentos dos entrevistados mostram que alguns profissionais durante sua atuação na Atenção Básica têm dificuldades como: demanda excessiva por atendimento odontológico e falta de informação da população quanto à política de atenção de saúde bucal:

N5 SLZ - (...) “dificuldade de avaliar o impacto das ações porque a demanda é muito grande e não fazemos o acompanhamento (...)”.

N9 SLZ – (...) “ter tempo de trabalho e qualidade são dois pontos que estão intimamente interligados e a demanda excessiva dificulta as ações (...)”.

Já no município de Bacabeira – MA, não foram relatados casos de excesso de demanda, em virtude de apresentar maior número de equipes modalidade II

N4 BAC – (...) “eu e minha equipe (dois profissionais de alto nível e bastante colaboradores) conseguimos atender em três postos de saúde uma boa demanda, o que está nos dando grandes avanços nesta questão, somos conhecidos como ‘trio parada dura e mão santa’(...)”.

Nesse caso, porém, parece ser uma exceção à regra dentro da ESF, e uma situação distante da realidade das equipes modalidades I.

Nas falas dos entrevistados, percebe-se angústia dos profissionais da odontologia para exercerem suas funções de promotores de saúde. Isso corrobora os resultados de que os entrevistados já têm consciência do papel a ser desempenhado, e compreendem que o serviço odontológico não deve se centrar no atendimento curativo, mas se veem diante de um dilema: fazer o trabalho reabilitador e promover saúde, enquanto o primeiro absorve todo o tempo de seu trabalho (PINHEIRO, et al., 2008).

A falta de tempo para outras atividades, além da clínica, devido à grande demanda e ao pequeno número de profissionais contratados, tem feito com que o CD concentre as suas ações somente no consultório odontológico, o que tem dificultado a construção do vínculo, que, por sua vez, poderia ser mais facilmente estabelecido em outros espaços, como por meio das visitas domiciliares (MARTINS, et al., 2014).

A demanda reprimida em Odontologia e o agendamento foram fatores frequentemente citados como complicadores da atuação das Equipes de Saúde Bucal (SOARES, 2009).

Em se tratando da falta de orientação da população quanto a ações educativas, os profissionais relataram em suas falas dificuldades diárias para desenvolvimento de suas atividades, como observado nos discursos abaixo:

N4 SLZ– “a maior dificuldade é a aceitação dos pacientes quanto à mudança de hábitos”.

N5 SLZ–(...) “outra dificuldade é a própria conscientização da comunidade em receber o atendimento preventivo, não valorizam palestras (...)”.

N10 SLZ–(...) “a maior dificuldade do atendimento é a questão da educação dos pacientes que não são instruídos e não dão muito valor a saúde bucal (...)”.

N3 BAC–(...) “dificuldades que encontro é no contato com o paciente, pois eles não aceitam a questão da prevenção (...)”.

Tornou-se evidente, nas formações discursivas, a influência do contexto social e cultural sobre as maneiras de pensar e de agir dos indivíduos ante seus problemas de saúde, porquanto os sujeitos se posicionaram num ponto em que as questões culturais constituem forte obstáculo para o trabalho de promoção de saúde (PINHEIRO, et. al., 2008).

Categoria 04 - A importância da interrelação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família /Equipe de Saúde Bucal

Os profissionais participantes desse estudo destacaram a relação intersetorial como paradigma de promoção da saúde bucal, que buscam soluções compartilhadas, utilizando vários cenários para o cuidado em saúde e não somente o consultório dentário.

A intersetorialidade implica envolver no planejamento das ações nos diferentes setores que influem na saúde humana. Historicamente, entretanto, a saúde bucal, privilegia sua articulação à educação, sendo que esta parceria nem sempre é amistosa (AQUILANTE, ACIOLE, 2015).

No decorrer desse trabalho percebeu-se um avanço nas relações de trabalho em saúde entre os profissionais das equipes, gestores e a comunidade, reforçando a percepção da relevância do trabalho em equipe com um engajamento de todos os setores, a partir do planejamento de ações, calcadas nas reais necessidades da população, na perspectiva de promover condições que viabilizem a promoção da saúde.

N2 SLZ – (...) “a cada 15 dias ou mensalmente são realizadas reuniões com toda a equipe com intuito de avaliar e buscar soluções (...)”.

N3 SLZ – (...) “as ações são planejadas com a equipe de forma integrada, a equipe, gestor, ESF e ESB (...)”.

N8 SLZ – (...) “as ações são realizadas de forma integrada com toda a equipe, enfermeiros, médicos, técnicos ECS e ASB, a partir de um planejamento prévio com a participação dos gestores da unidade (...)”.

N1 BAC – (...) “as ações são planejadas com a equipe e as relações com gestores são favoráveis a realização das ações (...)”.

N3 BAC – (...) “tem planejamento das ações com o diretor e toda a equipe no qual nos reunimos a cada três meses (...)”.

No entanto, outros relataram que a relação intersetorial é um pouco fragilizada.

N1 SLZ – (...) “falta muita comunicação com os colegas de equipe (...)”.

N5 SLZ – (...) “outra dificuldade é de reunião com toda a equipe devido a necessidade de não parar o atendimento clínico na unidade (...)”.

N2 BAC – (...) “quanto à interação com os outros profissionais da equipe, este contato ainda é pouco, pois, acredito eu, que não sabem ainda como nos encaixar em seu tratamento, a não ser quando um paciente está com dor de dente (...)”.

A atual PNSB indica a necessidade de incorporação de ações programáticas abrangentes e desenvolvimento de ações intersetoriais para reforçar a concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, promover boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2006).

O trabalho em saúde requer integração e interação dos profissionais para atuação em equipe, com troca de experiências e saberes com objetivo de ofertar cuidado integral em saúde. Exige do profissional de saúde competência e que apresente habilidades de comunicação, empatia e gerenciamento de emoção. (FERNANDES, 2003).

Para o MS, a equipe multiprofissional da ESF deve buscar articulação das ações e integração dos componentes, para atuação interdisciplinar (SOARES, 2009).

Capacitações em saúde bucal e relação à saúde geral devem ser ministradas a todos os integrantes da ESF, assim como capacitações em doenças sistêmicas com reflexos na cavidade oral também devem ser fornecidas a todos da ESF, inclusive o CD.

Categoria 05 – Política salarial que beneficie todos os membros da ESF.

Todos os profissionais dos referidos municípios foram unânimes quanto a necessidade de uma política salarial que remunerem melhor a equipe.

N1 SLZ – (...) “apesar de não falar no que recebemos pra atender 40 horas semanais (...)”.

N2 SLZ – (...) “conseguimos observar ainda muitas dificuldades encontradas, dentro do contexto organizacional, salarial, quantidade de profissionais por equipe etc (...)”.

N3 SLZ – (...) “a questão salarial é um ponto importante a se colocar, sendo que estamos trabalhando muito para um salário baixo (...)”.

N8 SLZ – (...) “quanto à questão salarial está abaixo do desejado para que possamos desenvolver um trabalho de qualidade que possa efetivamente cumprir os horários, contemplando os princípios básicos da ESF. Seria interessante pensarmos em uma política salarial que beneficie a toda a equipe (...)”.

N9 SLZ – (...) “a questão salarial é insuficiente (...)”.

N1 BAC – (...) “o dentista do PSF é mal remunerado e com isso dificulta a dedicação do profissional, inviabilizando algumas ações (...).”

N2 BAC – (...) “necessidade de melhoria na remuneração ‘o que incentivaria’ mais ainda o nosso trabalho, visto que os profissionais como os médicos recebem duas vezes, ou mais que o nosso salário (...).”

Esses trechos reforça trabalhos já realizados em que a questão salarial é fator que pode interferir no cumprimento da carga horária, e, por sua vez, interfere no estabelecimento do vínculo com a comunidade, e desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e reabilitação em saúde (SOUZA, RONCALLI, 2007).

Há um consenso quanto ao financiamento do programa (estratégia), quando apontam como problemático e instável, principalmente do ponto de vista dos municípios, uma vez que o volume de recursos de origem municipal passível a ser destinado ao programa é muito variável e geralmente escasso (SILVA, et al., 2011).

Com a NOB/96 as transferências federais per capita para os municípios foram, a cada ano, mais interessantes e contribuíram para mudanças no perfil da AB (BRASIL, 1997). A Portaria GM 673/03 define o financiamento às ações de saúde bucal no âmbito do PSF e fixa valores pagos anualmente por equipes, e a financiar a ESB em uma proporção de 01 ESB/ESF, aumentando os incentivos (PUCCA JÚNIOR, 2009).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB) e seu respectivo financiamento, pela Portaria 1.654, tem o objetivo de estimular ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em saúde, cuja implantação vem se dando gradativamente (BRASIL, 2011).

Categoria 6 – Impactos das ações do Cirurgião Dentista na Estratégia Saúde da Família.

No contexto da pesquisa realizada nos municípios maranhenses, observou-se impactos satisfatórios, pois, nos relatos dos cirurgiões-dentistas constatou-se que nas diferentes modalidades de equipe de saúde bucal, a demanda é expressiva; no entanto a presença do Técnico em Saúde Bucal (TSB), na modalidade II, configura um melhor atendimento da demanda quanti e qualitativamente, pois facilita o cumprimento das normas e diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal.

O TSB na modalidade II possibilita melhor impacto nas ações de saúde bucal:

N3 BAC – (...) “facilidade que tenho é trabalhar na modalidade II, pois consigo realizar as ações educativas e curativas, agilizando os atendimentos em virtude da participação do técnico em saúde bucal que é muito competente (...).”

N4 BAC – (...) *“eu e minha equipe (dois profissionais de alto nível e bastante colaboradores) conseguimos atender em três postos de saúde uma boa demanda, o que está nos dando grandes avanços nesta questão, somos conhecidos como ‘trio parada dura e mão santa’(...)”.*

No entanto, a modalidade I, com a ausência do TSB não permite um maior atendimento da elevada demanda, conforme relatado:

N1 SLZ – (...) *“tenho que fazer minhas palestras sozinho (...)”.*

N9 SLZ – (...) *“ter tempo de trabalho e qualidade são dois pontos que estão intimamente interligados e a demanda excessiva dificulta as ações (...)”.*

As falas dos participantes vêm reforçar o que a literatura tem evidenciado, que a estratégia saúde da família com a incorporação das equipes de saúde bucal tem proporcionado um aumento considerável na cobertura dos serviços de saúde bucal e na ampliação do acesso (PEREIRA, et al, 2012).

É fato também que consolidar a integração da odontologia na ESF deve ser uma das missões dos profissionais e pensadores da saúde bucal, uma vez que a ampliação da cobertura populacional é um dos elementos constitutivos do acesso (CARNUT; SILVA, 2012).

Outro impacto importante detectado foi à percepção pelos CDs quanto à necessidade da capacitação voltadas à saúde coletiva, visando responder aos problemas da demanda, para garantia do atendimento nos diferentes níveis de complexidade.

N1 SLZ – (...) *“entrei como cirurgiã dentista do PSF e fui me especializando por conta própria em saúde da família (...)”.*

N4 SLZ – (...) *“necessidade de investimento na capacitação (...)”*

N1 BAC – (...) *“busquei curso de capacitação que subsidiaram a minha pratica, melhorando com isso o meu desempenho como profissional frente a este novo paradigma (...)”.*

N3 BAC – (...) *“necessidade de atualização no PSF e incentivo dos gestores (...)”.*

Outros estudos revelam que a formação dos recursos humanos em saúde bucal para atuar no SUS seja orientada de forma a contribuir para a preparação de profissionais mais capacitados ou orientados, visando um trabalho mais bem pensado, apropriado, transformador, consequente e impactante (SOARES; REIS; FREIRE, 2013).

CONCLUSÃO

Examinando-se o impacto das ações do cirurgião-dentista sobre a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em municípios do Estado do Maranhão avaliados, foi possível identificar que as ações realizadas pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família estão de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal.

Este estudo revelou que é fundamental uma formação profissional focada nos princípios do Sistema Único de Saúde / Estratégia Saúde da Família (SUS/ESF); um investimento mais efetivo na educação permanente de todos os profissionais, ampliando a ótica da inter e transdisciplinaridade. Além disso, torna-se necessária uma proposta de educação em saúde para a população, na perspectiva de mudança de paradigma voltada para a construção de uma saúde bucal calcada na Política Nacional de Saúde Bucal.

É fato que além de identificar as ações de saúde bucal realizadas pelo cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, no Estado do Maranhão, é evidente as dificuldades e os desafios encontrados para a realização das mesmas. Quanto ao impacto das ações na saúde bucal da população dos municípios avaliados, foi significativo, principalmente no tocante a ampliação da cobertura populacional, por meio de um atendimento mais amplo da demanda e melhoria do acesso e qualidade dos serviços.

Quanto à influência da formação acadêmica e das capacitações dos cirurgiões-dentistas nas ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, observou-se ainda uma formação com características tradicionais mas já se evidenciam mudanças consideráveis, portanto, com a necessidade de investimentos na educação permanente.

A principal contribuição dessa pesquisa, além de evidenciar o impacto das ações do cirurgião-dentista na saúde bucal foi construir um instablog para profissionais da saúde bucal, e a população orientando sobre como melhorar suas ações em saúde bucal.

Espera-se que esse estudo venha colaborar com os profissionais da Estratégia Saúde da Família/Equipe de Saúde Bucal, gestores e comunidade, para a reflexão e auto avaliação das ações de saúde bucal desenvolvidas. Outros estudos sobre as ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipes devem ser realizados para fomentar a discussão e enriquecer as ações desses profissionais no contexto da Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2015.

ALMEIDA, G. C.M. de, FERREIRA, M.A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família; práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2008.

AQUILANTE, A. G., ACIOLE, G. G. “Construindo um Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2015.

ASSIS, M. M. A., DE JESUS, W. L. A. Acesso em serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde: **Norma Operacional Básica**, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/MS de 28/12/2000**. Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 2000.

_____. Ministério da Educação. **Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002, de 4 de março de 2002, dispõe das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação de Odontologia**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 mar. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**: Ministério da Saúde: 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: Ministério da Saúde: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. – Pró-saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2007.

CANOTILHO, J. G. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros, 2000.

CERICATO, G. O, GARBIN, D., FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Passo Fundo: **RFO**, 2007.

COUTINHO, A. T. et al. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 628–637, 2013.

FERNANDES, J. D. et al. Competência interpessoal como instrumento do trabalho em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 18. n.1/2, p. 57-66, 2003.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. Rio de Janeiro: **Saúde em Debate**. 1993.

GOMES, D., DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v.13 nº 3, 2008.

KOYASHIKI, G. *et al.* O trabalho em saúde bucal do agente comunitário em saúde em Unidades de Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13. n. 4, 2008.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Rev. Saúde em Debate**. nº 41, 1994.

MARTINS, A. N.; et al. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, 2014, p. 24-3. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:T8balzR2eIoJ:revistas.unincor.br/ind>

ex.php/iniciacaocientifica/article/download/1551/1211+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.
Acesso em 30 de dez. 2015.

MORETTI, A. C., et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010.

MATOS, D. L. *et al.* Avaliação dos serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, p. 237-43, 2002.

NARVAI, P. C., FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T., KRIGER, L. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.1-19.

OHARA, E. C.; SAITO, R. C. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

PINHEIRO, F. M. C., et al. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. UNESP. **Rev Odontológica**, 2008.

PUCCA JÚNIOR, et al. **Políticas de saúde bucal no Brasil**. São Paulo: Braz. Res orais, 2009. Disponível em: <http://dxdoi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>. Acesso em: 22 dez. 2015.

SAITO, R. X. **Integralidade da atenção**: organização do trabalho no programa saúde da família. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, L. de A. **A odontologia e o Programa Saúde da Família**. Erunipé (AM): Universidade Cândido de Mendes, 2013.

SILVA, S. F. da, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(1): 211 220, 2011.

SOARES, E. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M.. Percepção dos trabalhadores da estratégia saúde da família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009, estudo qualitativo. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2013. (2009).

SOARES, E. F.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Trab. Educ. Saúde**, 2014.

SOUZA, M. E. M., et al. A educação em saúde como medida de prevenção e promoção da saúde bucal. **FullDent. Sci**, 2015.

SOUZA, T. M. S. de; RONCAL A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, 2007.

4.2 Produto – Instablogger @dentistadafamilia



CENTRO UNIVERSITÁRIA UNINOVAFAPI PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1 Descrição:

O *Instagram* é uma das redes sociais mais importantes do momento, pois contempla usuários de todo mundo que compartilham o interesse de postar alguma foto, de ver fotos dos seguidores e acompanhar o que está na atualidade, utilizando inúmeros filtros e efeitos para as postagens. Consegue ainda que os usuários publiquem em outras redes sociais de forma direta como *Facebook* e *Twitter*.

Um *instablogger* nada mais é, do que um blog na rede social Instagram, ou seja, um “*microblog*” que concentra e torna mais objetiva as publicações. Pode ser acessado tanto por meio do *play store* sistema que possibilita o dowloand de aplicativos em *smarphones* com sistema operacional *Android* ou ainda pelo *iTunesStore* em *iPhones*.

Com as pessoas utilizando cada vez mais os celulares é mais prático acompanhar um *Instablogdo* que um *blogger*, por exemplo, que necessita ser visualizado por algum navegador.

2 Justificativa:

A praticidade que o aplicativo *Instagram* oferece, permite que se aproxime do público as informações relacionadas à Odontologia em tempo real; de forma quase que instantânea serão disseminados vários casos e experiências, fomentando discussões e estimulando o crescimento científico da área.

Neste contexto tornou-se interessante levar à população informes odontológicos através do *@dentistadafamilia* com novidades, esclarecimentos, curiosidades, instigando dentistas,

estudantes, auxiliares/técnicos em saúde bucal e até mesmo a uma clientela diversificada, temas voltados à saúde bucal coletiva, possibilitando assim a consolidação de novos conceitos, onde se torna visível a otimização do Sistema Único de Saúde por meio das postagens do cotidiano da Saúde da Família, mostrando a rotina de atendimentos, visitas domiciliares, ações educativas em saúde bucal, a prática da interdisciplinaridade entre os profissionais que constituem esta Estratégia.

3 Passo-a-Passo para a construção de um instablogger

3.1 Pelo celular: É necessário que o seu celular ou tablet esteja conectado a internet para efetuar os passos abaixo.



1º Passo: Fazer o download e instalar o aplicativo gratuitamente por meio do Play Store (Googleplay) ou iTunes (AppStore) na página do Instagram você pode baixar o aplicativo para iPad, iPhone, iPod e Android. Antes de fazer o download certifique-se que seu aparelho é compatível.



2º Passo: Após o download completo do Instagram é necessário fazer uma conta. Abra o aplicativo e clique na opção “nova conta” que fica localizada na parte inferior esquerda da página principal.

3º Passo: Para confirmar a conta é necessário digitar o endereço de email e escolher um nome de usuário, por exemplo: @dentistadafamilia, digitar a senha desejada e preencher alguns campos opcionais.



4º Passo: Com a conta efetivada é só começar a compartilhar com ou usuários do aplicativo.





168 **571** **1494**
 publica... seguid... seguindo

Editar seu perfil

Dentista da Família
 Cirurgiã-Dentista
 Mestra em Saúde da Família [Uninovafapi]
 Apaixonada por Saúde Pública
 Dicas e atualidades em Saúde Coletiva










































5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia Saúde da Família adentrou uma nova lógica para a assistência à saúde no Brasil, que rompe com o modelo de saúde hegemônico, com o objetivo de reorientar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica, onde reafirma e incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde.

A inserção da saúde bucal no ESF, embora mais tardiamente, visa à reorganização da prática odontológica e vai além de um trabalho clínico e técnico, na perspectiva de reordenar as ações dos profissionais da saúde bucal e superar o processo de formação biomédica e tradicional.

A avaliação das ações de saúde bucal nas diferentes modalidades de ESBs revela um progresso significativo no que tange à consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, na medida em que prioriza as ações preventivas e educativas, focalizadas em grupos, entre eles, escolares, idosos, gestantes, com aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, palestras educativas, sem, contudo, negligenciar as ações curativas, oriundas de uma demanda reprimida e expressiva.

Nessa pesquisa as falas dos profissionais demonstram que apesar do potencial institucional da ESF/ESB, persistem ainda práticas derivadas dos dois modelos de assistência em saúde bucal, a odontologia de mercado e a preventiva e social, como também as ESBs modalidade II se configuram como uma possibilidade maior de avanço na mudança do modelo. Observaram-se impactos satisfatórios nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal, principalmente quanto ao crescimento e cobertura do atendimento à demanda, e melhor qualidade, mais expressiva na modalidade II, pela presença do TSB, o que ratifica um melhor impacto nessa modalidade.

Seguindo esta avaliação dos impactos destaca-se também como relevante a percepção dos cirurgiões-dentistas da necessidade de capacitações constantes, orientadas à saúde coletiva.

Diante disso é possível verificar que existem desafios a serem superados no que diz respeito à implementação dessa política, que vão desde a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas; capacitação e/ou atualização das ESBs/ESFs; condições de acesso e cobertura da demanda, fortalecimento do processo de educação em saúde, despertando o interesse da população sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal até a elaboração de uma política salarial que valorize toda a equipe e, acima de tudo, um preparo para a vivência do paradigma de promoção da saúde.

Almeja-se que os resultados dessa pesquisa possam auxiliar na superação das dificuldades apresentadas, não somente pelos cirurgiões-dentistas na sua prática cotidiana na ESF mas que subsidie toda a equipe e os gestores públicos para uma reflexão. Além disso, esperasse também que venha sensibilizá-los sobre a necessidade de um planejamento participativo das ações, criando assim um espaço para as discussões e valorizando os saberes.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=441 Acesso em: 08 dez de 2014.

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2015.

ALYRIO, R. D. **Metodologia científica**. PPGEN: UFRRJ, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANJOS, F. S., et al. Equipes de saúde bucal; avanços e desafios. São Paulo: **Cienc. Cuid. Saúde**, 2011.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 2010.

AQUILATE, A. G.; ACIOLE, G. G. Construindo um “Brasil sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Rio de Janeiro: **Cad. de Saúde Pública**, 2014.

ARAÚJO, R. P. C.; MELLO, S, M. F. Cursos de graduação em odontologia: a formação docente. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/1507-4312-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/1507-4312-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 02 jul 2015.

BALDANI; *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**. jul-ago, 2005.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa; Edições 70, 1979.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. Revista e Ampliada, Edições 70, 2014.

BARTH, P.O., et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jul/set;16(3):604-11. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>>. - doi: 10.5216/ree.v16i3.22020>. Acesso em: 04 abr. 2015.

BESSEN, C.B. et al. 2007. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n., p. 57-68, jan-abr. 2007.

BOURGET, M. M. M. **Programa saúde da família guia para o planejamento local**. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

_____, Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 1990. **Lei Orgânica da Saúde – Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União de 19/09/1990 – Brasília, 1990.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional Básica**, 1996.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1998.

_____, Ministério da Saúde. NOB/SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/MS de 28/12/2000**. Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 2000.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. **Normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Ministério da Saúde- Brasília: Ministério da Saúde- Brasília, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhoria do modelo de atenção a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 30 abr. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. **Manual do Programa Brasil Sorridente**. Brasília, 2004.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406

Acesso em: 30 jun. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. 4 ed. Brasília, 2006.

_____, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

CARNUT, L.; SILVA, J. L. da. **Saúde bucal na estratégia saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações**. 2012.

CORDOBA, E. **SUS e ESF – sistema único de saúde estratégia saúde da família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COSTA, E. M. A. da, CARBONE, H. M. **Saúde da família: uma abordagem multiprofissional**. 2. Ed. – Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COSTA, G. D., *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2009.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org). **Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2004.

EMMI, D. T., BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(1): 35 – 41, 2008.

FERREIRA, M. E. V., SCHIMITH, M. D. CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15 (5): 2611 – 2620, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, D., DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v.13 nº 3, 2008.

GUIMARÃES, F. A. F. M., MELLO, A. L. S. F., PIRES, R. O. M. Formação profissional em odontologia: revisão de literatura. **Rev. Pública Santa Catarina**. Florianópolis, 2014.

Disponível em:

<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/259/270>.

Acesso em: 01 jul. 2015.

HANANNI E. M.; SOUSA M. F.de. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigoindex.php?idartigo=441>. Acesso em: 08 jun. 2015.

KOYASHIKI, G. *et al.* O trabalho em saúde bucal do agente comunitário em saúde em Unidades de Saúde da Família. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v, 13. n. 4, 2008.

LUCENA, E., JÚNIOR, G. P., SOUSA, M. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042>. Acesso em: 18 set. 2015.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Rev. Saúde em debate**. n. 41, 1994.

- MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:Eduel, 2003.
- MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou. **Rev. Bras. Saúde da Família**, 2004.
- MATTOS, G. C. M., et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2): 373-382, 2014.
- MATOS, D. L. et al. Avaliação dos serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, p. 237-43, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a03v61esp.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2015.
- NARVAI, P. C., FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T., KRIGER, L. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.1-19.
- OHARA, E. C.; SAITO, R. C. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.
- REIS, C. dos, et al. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: a voz do usuário. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (4): 1287 – 1295, 2006.
- RODRIGUES, M. P. **O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte**. Rio Grande do Norte, 2001.
- RODRIGUES, et al. Saúde bucal no programa de saúde da família de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião – dentista. Bahia: **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2010.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americano**. São Paulo, v. 13, n.6, p. 1027-1034, nov/dez. 2005.

SAITO, R. X. **Integralidade da atenção:** organização do trabalho no programa saúde da família. São Paulo: Martinari, 2008.

SANCHEZ, H. F., et al. Adequação dos recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. São Paulo: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

SCORZONI, M. F., BUENO, S. M. V., COSCRATO, SC, G.O. O currículo e as implicações dos novos paradigmas educacionais na formação do enfermeiro. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, 2013.

SILVA, S. F. da, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**. 16(1): 211 220, 2011.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002.

SOARES, F. F., *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período de 2001 – 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7): 3169 -3180, 2011.

SOUZA, T. M. S. de; RONCAL A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, 2007.

SOUZA, D. B. A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família/ESF. Paraná: **Revista UNINGÁ**, 2013.

Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review>

Acesso em: 10 jul. 2015.

TOLEDO, T. B. de, QUELUZ, D. P. Perfil dos cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família na região de Piracicaba. São Paulo: **Rev. Odonto**, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO - DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ENTREVISTA Nºº

Formação profissional: _____

Ano de graduação _____

Tempo de experiência na ESF: _____ (anos)

Especialização em Estratégia Saúde da Família: () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a carga horária?

Outra Especialização: _____

Qual a carga horária? _____

Mestrado/Doutorado: () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a área? _____

Você recebeu cursos de capacitação e/ou atualização na área de saúde da família?

() Sim () Não

Em caso afirmativo:

Qual ou quais?

Data da última capacitação: _____

Renda/Salário na ESF: _____

Renda Profissional Total: _____

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO – DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ROTEIRO DE ENTREVISTA/QUESTÕES NORTEADORAS**

1 Fale das ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal que você realiza na ESF. Discorra sobre como você realiza essas ações, quais as facilidades, as dificuldades e desafios que você encontra na realização de suas ações dentro de sua modalidade de equipe e na sua avaliação qual o impacto de suas ações na saúde bucal da população?

Roteiro temático: ações de saúde bucal; identificação de lacunas no serviço; prática profissional; identificação das singularidades; diálogo permanente do serviço com a gestão, profissionais da equipe e a comunidade

2 Discorra sobre a influência dos aspectos da sua formação acadêmica (graduação e pós-graduação) e dos programas de capacitação que interferem na sua prática profissional relacionadas às ações de saúde bucal na ESF.

Roteiro temático: formação acadêmica e profissional, capacitação e especialização, importância e ações de saúde bucal.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

Pesquisadora participante: Janice Maria Lopes de Souza

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo “**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO – DENTISTAS SOBRE A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”. O objetivo central do estudo é identificar as ações realizadas pelo cirurgião-dentista na ESF que são preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Não precisa se precipitar para tomar a decisão

O estudo será conduzido pelo Prof. Dr. **FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY** (pesquisador responsável) e **JANICE MARIA LOPES DE SOUZA** (pesquisadora participante). Mediante todos os esclarecimentos sobre o estudo e na concordância na participação, peço assinar esse documento, que se encontra em duas vias, sendo que uma é sua e a outra é do pesquisador. Você poderá a qualquer momento recusar e retirar a sua participação dessa pesquisa, não sendo em hipótese alguma penalizado (a) e em caso de dúvidas você poderá procurar esclarecimentos no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Teresina (PI), pelo telefone (86) 2106 0700.

Título da pesquisa: “**IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE A SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”.

Pesquisador principal: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety.
Telefone: (86) 99924 1401. E – mail: fabricao@uninovafapi.edu.br

Descrição da pesquisa com seus objetivos

Será realizado um estudo descritivo, exploratório e longitudinal, com abordagem qualitativa. O local a ser desenvolvida a pesquisa será na Estratégia Saúde da Família (ESF), de municípios do estado do Maranhão, especificamente nas ESBs de municípios São Luís e Bacabeira, do estado do Maranhão. Serão entrevistados os profissionais da odontologia que atuam nas ESBs das ESFs nos municípios de São Luís e Bacabeira, do estado do Maranhão, com atuação de pelo menos 2 anos, possuem experiência de trabalho, de ambos os sexos e

nos turnos matutino e vespertino. A exclusão se dá dos voluntários, estagiários e os que tiverem de licença, afastamento ou férias.

A entrevista será o instrumento utilizado para obtenção dos dados. É vedado consulta bibliográfica, para evitar possível comprometimento dos resultados. A abordagem dos participantes será em horários convenientes para os mesmos, preferencialmente no seu expediente, não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta. As entrevistas serão realizadas em local privativo para que não haja exposição dos participantes, que terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, como dito anteriormente, a identificação utilizada será depoentes nº__. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

A análise dos dados coletados utilizar-se-á a análise de conteúdos do tipo temática, proposta por Bardin.

Riscos e benefícios

Segundo a Resolução do CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, toda pesquisa envolve riscos em tipos e gradação variados e quanto maiores e mais evidentes forem aos participantes, maiores também devem ser os cuidados para minimizá-los (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa apresenta riscos previsíveis mínimos para os participantes, tais como: constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. Em virtude disso as entrevistas devem ser realizadas em um ambiente climatizado e bem iluminado, de portas fechadas e com a presença do pesquisador. Portanto, devem ser previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes, deixando-os à vontade para responder ou não as questões reforçando que sua identidade não será revelada.

Como benefício direto da pesquisa, após a entrevista, será fornecido aos participantes da pesquisa um panfleto contendo orientações sobre as principais ações educativas e preventivas que os CDs podem estar realizando dentro das ESF no dia a dia da UBS. Neste panfleto serão selecionadas as principais ações preventivas que devem ser praticadas pelo CD e sua equipe.

Despesa do voluntário

Todos os participantes deste estudo estão isentos de qualquer custo.

Compromisso de confiabilidade

A sua participação será mantida em sigilo, porém estes registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética do Centro Universitário UNINOVAFAP, pois é de responsabilidade desse órgão acompanhar a pesquisa, porém seu nome nunca será divulgado. Essa pesquisa foi baseada nos princípios da Resolução 466/12, portanto buscando atender à ética, bem como respeitar incondicionalmente a dignidade, liberdade e autonomia dos seres humanos envolvidos. Você tem garantia de acesso, por meio de contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O seu questionário somente será numerado, como “Entrevistado N°” e você pode retirar o consentimento de não continuidade de participação nessa pesquisa a qualquer momento.

Em caso de dúvida sobre a ética dessa pesquisa ou se tiver alguma consideração a fazer você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário

UNINOVAFAPI no seguinte endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai.
Telefone; (86) 2106 0700.

São Luís (MA), _____ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável:
RG:

Pesquisador Participante:
RG 177,424

Contatos:

Pesquisador Responsável: Fabrício Ibiapina Tapety
(86) 99924 4101

Pesquisadora Participante: Janice Maria Lopes de Souza
(98) 999920374

CEP UNINOVAFAPI

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 Bairro Uruguai CEP: 64073

APENDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO E IMPACTO DAS AÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS DIFERENTES MODALIDADES DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Fabricio Ibiapina Tapety

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50937615.3.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.339.364

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, longitudinal e de abordagem qualitativa, na qual serão analisados e avaliados o impacto das ações do cirurgião - dentista na Estratégia Saúde da Família no estado do Maranhão. Foram selecionados como cenário da pesquisa, os municípios de São Luís (modalidade I de Equipes de Saúde Bucal), que possui 17 cirurgiões-dentistas no Distrito Sanitário do Tirirical, e o município de Bacabeira, com 02 cirurgiões-dentistas (modalidade I) e 04 cirurgiões-dentistas (modalidade II), perfazendo um total de 23 cirurgiões-dentistas. O estudo será realizado em municípios maranhenses, que apresentam equipes de saúde bucal modalidade I e modalidade II. São Luís, capital do estado do Maranhão, possui 45 ESBs, somente na modalidade I, com uma cobertura de 28,35%. O município de Bacabeira com uma população de 16.276 habitantes, distribuída em 615,859 km², foi implantada a ESF a partir de 2000, e atualmente apresenta 06 ESFs, com 02 ESBs modalidade I e 04 ESBs modalidade II, com uma cobertura populacional de 100% de ESF e 100% de ESB. Os participantes dessa pesquisa, serão cirurgiões dentistas que desenvolvem atividades nas ESBs inseridas na Estratégia Saúde da Família, no município de São Luís – MA e no município de Bacabeira, no estado do Maranhão.

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.339.364

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: identificar as ações realizadas pelo cirurgião-dentista na ESF que são preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Objetivo Secundário: verificar o perfil socioeconômico dos CDs que atuam nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal da ESF no Maranhão; Verificar a qualificação dos cirurgiões-dentistas inseridos na ESF dos municípios maranhenses avaliados; Identificar as ações de saúde bucal realizadas pelo CD nas diferentes modalidades de equipes de saúde bucal na ESF, no estado do Maranhão; Verificar as dificuldades e desafios encontrados na realização de suas ações dentro de sua modalidade de equipe; Verificar o impacto das ações de saúde bucal na saúde bucal da população dos municípios maranhenses; Verificar a influência da formação acadêmica e das capacitações nas ações de saúde bucal dentro da ESF; Construir um blog para profissionais da saúde bucal orientando sobre como melhorar as suas ações em saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apresentados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) veio no momento oportuno de concretização da integralidade do SUS de forma a responder às demandas impostas pela sociedade nos idos da década de 90. Observar os aspectos da expansão das ESBs, o seu percentual de cobertura, a elevação do acesso aos procedimentos odontológicos, bem como a necessidade da formação de recursos humanos na atenção à saúde da família e a qualidade da assistência se constitui uma necessidade para a implementação dessa política. O perfil da assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem se restringido quase que exclusivamente à Atenção Básica (AB), ainda assim com grande demanda reprimida, pois estudos demonstram que a utilização dos serviços odontológicos reflete as desigualdades sociais, a equidade no acesso à saúde ainda é um problema a ser enfrentado, principalmente devido à íntima relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis. A avaliação das ações das ESBs na ESF em um dos estados do nordeste, nas suas diferentes modalidades, oportunizará uma releitura da atual situação e conseqüentemente mudanças significativas e, a construção de um perfil da situação de saúde bucal nos municípios, que venha contribuir para a evolução na ESF, como agente ativo das intervenções realizadas pelas ESFs e assim

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.339.364

consolidar a saúde bucal da população brasileira com ampliação do acesso, melhoria da qualidade e reorganização da atenção à saúde bucal na ESF. Justifica-se, portanto, a realização desse estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de Apresentação Obrigatória forma postados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está adequado as recomendações da Resolução 466-12, portanto, está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_624837.pdf	12/11/2015 21:20:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	12/11/2015 21:19:07	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento_Corrigida.docx	12/11/2015 20:37:57	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores_Corrigida.docx	12/11/2015 20:03:02	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_Pirapora.pdf	11/11/2015 20:55:00	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_janaina.pdf	11/11/2015 20:54:23	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_joao.pdf	11/11/2015 20:54:04	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_fabiciana.pdf	11/11/2015 20:53:41	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_Santa_Clara.pdf	11/11/2015 20:53:22	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de	declaracao_nazare.pdf	11/11/2015	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.339.364

Instituição e Infraestrutura	declaracao_nazare.pdf	20:52:40	Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_santa_barbara_sao_Luis.pdf	11/11/2015 20:48:04	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_bacabeira.pdf	11/11/2015 20:31:59	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuecia_bacabeira.pdf	11/11/2015 20:23:56	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuecia_bacabeira.pdf	11/11/2015 20:23:16	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Outros	Lattes_Janice.docx	11/11/2015 19:29:02	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Outros	Lattes_fabricio.docx	11/11/2015 19:28:14	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	11/11/2015 19:19:28	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.docx	11/11/2015 19:04:22	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.docx	11/11/2015 18:31:29	Fabricio Ibiapina Tapety	Aceito

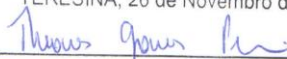
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 26 de Novembro de 2015



Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXOS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO LUIS – MA

Teresina, 03 de Setembro de 2015

Prezada Senhora,

A Coordenação de Pesquisa e Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI vem solicitar autorização para realizar coleta de dados, por meio de entrevistas aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família vinculados ao Distrito Tirirical, referente ao trabalho de pesquisa intitulado: **“Avaliação e o impacto das ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipes na Estratégia Saúde da Família”**, que tem como objetivo identificar as ações realizadas pelo cirurgião-dentista com base na Política Nacional de Saúde Bucal, a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

Informamos que após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Secretaria. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Contato do orientador: ftapety@uninovafapi.edu.br. Fone: (86) 99924-1401

Contato da Orientanda: janicemls@hotmail.com. Fone: (98) 88443954

Atenciosamente,



Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago
Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Janice Maria Lopes de Souza – matrícula nº 14275010
Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Joselina Belfort Feitosa
Superintendente de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de São Luis – MA



COORDENAÇÃO DE PESQUISA E MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA SECRETARIA DE SAÚDE DE BACABEIRA

Teresina, 25 de Setembro de 2015

Prezada Senhora,

A Coordenação de Pesquisa e Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI vem solicitar autorização para realizar coleta de dados, por meio de entrevistas aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família vinculados a Secretaria de Saúde de Bacabeira, referente ao trabalho de pesquisa intitulado: **“Avaliação e o impacto das ações do cirurgião-dentista nas diferentes modalidades de equipes na Estratégia Saúde da Família”**, que tem como objetivo identificar as ações realizadas pelo cirurgião-dentista com base na Política Nacional de Saúde Bucal, a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

Informamos que após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Secretaria. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Contato do orientador: ftapety@uninovafapi.edu.br. Fone: (86) 99924-1401

Contato da Orientanda: janicemls@hotmail.com. Fone: (98) 88443954

Atenciosamente,

Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago
Coordenadora de Pesquisa e Mestrado
Profissional em Saúde da Família

Janice Maria Lopes de Souza – matrícula nº 14275010
Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família

Espírito Santo de Maria Santana Torres
Secretaria de Saúde de Bacabeira - MA