

Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória – parte II

Cláudio Fontenele MACIEL¹

Ludmilla Awad BARCELLOS²

Maria Helena Monteiro de Barros MIOTTO³

RESUMO

Palavras-Chave: Perfil. Cirurgiões-Dentistas. Estratégia da Saúde da Família.

Trata-se da segunda parte de um estudo descritivo sobre o perfil dos cirurgiões-dentistas que integram as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) da Grande Vitória, que tem por objetivo apresentar dados sobre o funcionamento das equipes e a inserção social desses profissionais. Todos os cirurgiões-dentistas que atuam na ESF do município de Vitória (ES) foram convidados a participar da pesquisa e reunidos para responder a um questionário autogerenciado com 47 itens, aplicado pelo próprio pesquisador nas Unidades de Saúde da Família (USF) em que trabalhavam. Os dados foram organizados em tabelas de frequência para cada um dos itens de pesquisa. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais (97,1%) declarou conhecer as atribuições específicas dos ACDs e dos THDs, delegando às THDs a realização de tarefas próprias de suas atribuições. Os profissionais da equipe com quem mais interagem são os médicos e enfermeiros. Em relação aos Conselhos de Saúde, apenas 35% declararam participar das reuniões com frequência, mas 94% estimulam a comunidade a participar do controle social.

Data de recebimento: 4-2-2007
Data de aceite: 9-3-2007

¹Especialista em Saúde Coletiva – ABO-ES.

²Mestre em Saúde Coletiva; professora dos Cursos de Especialização em Saúde Coletiva e Odontologia do Trabalho - ABO-ES.

³Mestre em Saúde Coletiva; coordenadora dos Cursos de Especialização em Saúde Coletiva e Odontologia do Trabalho - ABO-ES.

INTRODUÇÃO

O Serviço Único de Saúde (SUS) tem pressa para mudar o modelo de atenção dominante, ou seja, quer adotar um projeto que seja diferente do modelo biomédico hegemônico. Certamente, continua indispensável a competência no domínio de aspectos biológicos e clínicos envolvidos na prática profissional, mas também é cada vez mais premente o necessário desenvolvimento de competências quanto às dimensões ética, política, econômica, cultural e social do seu trabalho. Desse modo, o foco deve ser deslocado para a promoção de saúde, em seu sentido integral, que inclui até mesmo a redução de danos, mas com aptidões para trabalhar na saúde coletiva, familiar e individual. Assim, o papel tradicionalmente atribuído pelo “mercado” ao cirurgião-dentista (CD) deve ser, progressivamente, substituído por novas funções, com um retorno radical e historicamente contextualizado à agenda da Reforma Sanitária Brasileira (MOYSÉS, 2003).

O objetivo deste trabalho é avaliar a atuação dos cirurgiões-dentistas da Estratégia da Saúde da Família da Grande Vitória, quanto ao relacionamento interdisciplinar, o conhecimento de atribuições específicas de ACDs e THDs e sua participação no controle social.

REVISÃO DE LITERATURA

Cordón (1999) diz que os trabalhadores de saúde bucal devem proporcionar condições para que a família, os novos movimentos de bairro, ecológicos, étnicos, de gênero, esportivos e outros movimentos sociais tenham possibilidade de expressão na construção da saúde, no SUS e, portanto, na condução do processo histórico da sociedade brasileira. Isso significa que, além de dominar o método científico, o novo trabalhador em saúde bucal deve estudar, participativamente, um espaço-território com a população, ser crítico, criativo e, sobretudo, acompanhar as diferenças do tecido social, acompanhar as ações políticas e comunicativas necessárias para inter-relacionar esforços e aumentar sua possibilidade de sucesso no espaço social em que desenvolve sua atividade profissional.

Marcelino (2000) entrevistou 160 CDs de Araçatuba (SP) e observou que 84% destes consideraram necessária a participação da comunidade na inserção de novas políticas de saúde bucal.

Segundo Zanetti (2000), os recursos humanos da saúde bucal no PSF devem compor uma equipe mínima ideal de um cirurgião-dentista e dois auxiliares: um em função de técnico de higiene dental (THD) e outro em função de auxiliar de consultório dentário (ACD). A qualificação em serviço dos auxiliares deve ser alcançada com estratégias de formação e capacitação definidas em política própria.

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades: modalidade I, que compreende um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (ACD); modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais. Algumas das atribuições específicas do THD compreendem realizar, sob a supervisão do CD, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico (escovação supervisionada, evidenciação de placa, aplicação tópica de flúor e selantes, raspagem, alisamento e polimento) e procedimentos reversíveis em atividades restauradoras; realizar procedimentos coletivos na Unidade Básica de Saúde da Família e em espaços sociais identificados (BRASIL, 2001).

Destaca-se a necessidade de o CD, para além de suas atividades clínicas privativas, zelar pelo progressivo aumento da consciência sanitária bucal, do *status* da cidadania entre todos os cidadãos-usuários dos serviços, do controle social do programa, trabalhando, em especial, com os Conselhos de Saúde, demais líderes e profissionais (da saúde ou não), bem como com todos os cidadãos que forem abordados na esfera íntima de suas famílias. Deve o CD também cooperar com o desenvolvimento de todas as ações e medidas logístico-operacionais pertinentes à saúde bucal e sua integralização, referentes à equipe clínica em saúde bucal e a toda a equipe clínica do PSF (BRASIL, 2001).

Schimith e Lima (2004), ao analisarem o processo de trabalho de uma equipe do PSF, observaram que este deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se o campo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. Segundo as autoras, o verdadeiro papel do trabalhador da saúde seria a construção da cidadania, estimulando as pessoas a participar do Conselho Municipal de Saúde e lutar por seus direitos com o acompanhamento da equipe.

Para Campos e Aguiar (2005), a Estratégia da Saúde da Família ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o País, capaz de superar o modelo curativo. Com a implantação da estratégia, cobra-se dos cursos de saúde uma formação generalista, contudo as mudanças nos cursos de saúde são lentas e heterogêneas, pois não acontecem da mesma forma em todas as instituições.

A Portaria nº 648/GM, de março de 2006, define como característica do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006).

Esposti et al. (2007) observaram a falta de integração de grande parte dos cirurgiões-dentistas às atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, além do baixo impacto das ações desenvolvidas por eles em conjunto com outros profissionais, pela dificuldade de inserção em equipes multiprofissionais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se da segunda parte de um estudo descritivo realizado a partir de um censo dos cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família da área da Grande Vitória (ES), que inclui, além do município de Vitória, os municípios de Vila Velha, Guarapari, Serra, Cariacica e Viana. Estes dois últimos não tinham equipes de saúde bucal até o momento da coleta de dados.

O levantamento de dados foi realizado por meio de um roteiro autogerenciado, contendo 47 questões abertas e fechadas, validado, aplicado pelo próprio pesquisador nas unidades de Vitória, Vila Velha e Serra. Para a coleta de dados em Guarapari, um cirurgião-dentista previamente treinado aplicou o roteiro aos três profissionais que atuavam na ESF desse município.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência para cada um dos itens de pesquisa. Os dados foram consolidados em pacote estatístico especialmente desenvolvido para gerenciamento de entrada e saída de dados. A qualidade da entrada de dados foi controlada por procedimento padronizado, supervisão e dupla checagem. Os dados foram inseridos em banco de dados de um pacote estatístico para Ciências Sociais, denominado *Statistics Package Social Sciences* (SPSS 8.0).

O projeto desta pesquisa foi analisado, julgado e aprovado pelo Comitê de Ética instituído pela ABO-ES, de acordo com a Resolução nº 196-1996, do CNS-Ministério da Saúde, em reunião realizada em 3 de março de 2004.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição de dados quanto ao relacionamento dos CDs com os outros profissionais das equipes da ESF da Grande Vitória na percepção dos respondentes.

Tabela 1. Relacionamento dos CDs com outros profissionais da equipe da ESF

Variável	Número	Percentual
Relacionamento com os demais profissionais da equipe		
Ótimo	17	50,0
Bom	17	50,0
Regular	0	0,0
Ruim	0	0,0

A Tabela 1 mostra que, quanto ao relacionamento com os demais profissionais da equipe, 17 (50%) declararam ser ótimo e 17 (50%) têm bom relacionamento. Nenhum dos profissionais considerou o relacionamento com os demais profissionais regular ou ruim.

A Tabela 2 mostra a distribuição de dados quanto ao conhecimento de atribuições específicas dos profissionais que integram a Equipe de Saúde Bucal (ESB), por parte dos 34 cirurgiões-dentistas da ESF da Grande Vitória. Também apresenta as respostas sobre a interação com os outros profissionais da equipe.

Tabela 2. Conhecimento de atribuições específicas dos outros profissionais da ESB e interação com outros profissionais

Variável	Número	Percentual
Quais profissionais integram a sua equipe?		
CD e ACD	11	32,3
CD, ACD e THD	19	55,9
CD e THD	4	11,8
Conhece as atribuições específicas das ACD e THD?		
Sim	33	97,1
Em parte	1	2,9
Delega às THDs a realização de tarefas próprias de suas atribuições?		
Sim	24	70,6
Não	1	2,9
Às vezes	2	5,9
Não tenho THD na equipe	7	20,6
Ocorre a interação com outros profissionais de saúde?		
Médicos	34	100,0
Enfermeiros	34	100,0
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	19	55,9
Agentes comunitários de saúde	8	23,5
Dentistas	3	8,8
ACD e THD	8	23,5
Farmacêuticos	2	5,9
Psicólogos	7	20,6
Assistentes sociais	15	44,1
Qual o procedimento clínico que você realiza?		
Curativo	1	2,9
Preventivo	2	5,9
Curativo e preventivo	31	91,2

A Tabela 2 mostra que 11(32,3%) dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF trabalham na equipe de saúde bucal modalidade I (CD e ACD) e 19 (55,9%) na modalidade II (CD, ACD e THD). Dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 4 (11,8%) atuam somente com THD em suas equipes, o que não faz parte de nenhuma modalidade preconizada pelo Mi-

nistério da Saúde.

Trinta e três (97,1%) profissionais declararam conhecer as atribuições específicas dos ACDs e THDs, e apenas 1 (2,9%) alegou conhecer em parte as funções dos profissionais que atuam diretamente com o CD.

A grande maioria dos cirurgiões-dentistas 24 (70,6%) delega às THDs a realização das tarefas que lhes são atribuídas; 2 (5,9%) relataram que às vezes o fazem; e 1 (2,9%) afirmou não delegar.

Em relação à interação com outros profissionais de saúde, 34 (100%) dos CDs entrevistados responderam haver interação profissional com médicos e enfermeiros. Relacionamento profissional com assistentes sociais é feito por 15 (44,1%) CDs; apenas 8 (23,5%) declararam interagir com agentes comunitários de saúde; 7 (20,6%) profissionais têm contato com psicólogos; 3 (8,8%) com outros cirurgiões-dentistas; e 2 (5,9%) com farmacêuticos.

Os procedimentos clínicos mais realizados pelos CDs entrevistados foram curativo e preventivo 31 (91,2%); somente preventivo 2 (5,9%) e somente curativo 1 (2,9%).

A Tabela 3 mostra a distribuição de dados quanto à participação no controle social realizado pelos 34 cirurgiões-dentistas da ESF da Grande Vitória.

Tabela 3. Participação no controle social por CDs da ESF da Grande Vitória

Variável	Número	Percentual
Reside no município em que atua na ESF?		
Sim, resido no município de atuação	19	55,8
Não resido no município de atuação	15	44,1
Reside na comunidade em que atua na ESF?		
Sim, resido na comunidade em que atuo	00	0,0
Não, não resido na comunidade em que atuo	19	100,0
O seu contato com a comunidade se dá		
Na USF e em domicílios, quando necessário	3	8,8
Na USF, em domicílios e em eventos realizados na comunidade	31	91,2
Participa dos Conselhos de Saúde?		
Sim, com frequência	12	35,3
Já participei, mas como CD, não tem importância a minha participação	1	2,9
Nunca participei, mas tenho interesse em participar	4	11,8
Participo, mas sem muita frequência	17	50,0
Estimula sua comunidade a participar do controle social?		
Sim	32	94,1
Não	2	5,9

A Tabela 3 mostra que 19 (55,9%) cirurgiões-dentistas residem no município em que atuam na Estratégia da Saúde da Família e 100% destes responderam não residir nas comunidades em que trabalham. Quinze profissionais (44,1%) não residem no município de atuação.

O contato com a comunidade se dava na USF, em seus domicílios e em eventos realizados na comunidade para 31 (91,2%) dos CDs respondentes e, para 3 (8,8%), o contato com a comunidade se dava na USF e em seus domicílios, quando necessário.

Em relação aos Conselhos de Saúde, 17 (50%) disseram participar com não muita frequência, 12 (35,3%) alegaram participar com frequência, 4 (11,8%) nunca participaram, mas têm interesse em participar e 1 (2,9%) mencionou já ter participado, mas que, como cirurgião-dentista, não via importância em sua participação.

Do universo de profissionais que participaram da pesquisa, 32 (94,1%) estimulam a comunidade a participar do controle social e 2 (5,9%) responderam negativamente.

DISCUSSÃO

A mudança de paradigma de saúde para um modelo de atenção holística, reconhecendo amplos determinantes da condição saúde/doença foi reforçada no Brasil com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo uma nova perspectiva de atenção à saúde. Esse momento passa a exigir um novo profissional de saúde, com visão integral, intersetorial e multidisciplinar. O trabalho em equipe passa a ser palavra de ordem. Esposti et al. (2007) comentaram sobre a dificuldade de inserção dos cirurgiões-dentistas em equipes multiprofissionais, além da falta de integração às atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.

A formação do cirurgião-dentista é tecnicista, voltada para a formação de especialistas, com foco na doença, reflexo do modelo biomédico. Esse profissional detém uma visão fragmentada, mecanicista que atende a pacientes entre quatro paredes, o que o distancia muito do novo trabalhador de saúde bucal referido por Cordón (1999) que, além de dominar o método científico, deve estudar, participativamente, um espaço-território com a população, ser crítico, criativo e, sobretudo, realizar esforços a fim de aumentar sua possibilidade de sucesso no espaço social em que desenvolve sua atividade profissional. Para Campos e Aguiar (2005), a Estratégia da Saúde da Família ganhou força a partir da busca de um novo modelo de organização da atenção à saúde para o País, enfatizando a importância de uma formação generalista, embora essa forma de mudança em cursos de saúde seja lenta, ocorrendo de forma distinta entre os órgãos formadores.

Mesmo criada essa dualidade, todos os profissionais que participaram desta declararam ter bom (50%) ou ótimo (50%) relacionamento com outros profissionais das equipes de Saúde da Família. Quanto à interação com os outros profissionais da equipe, 100% dos CDs responderam interagir com médicos e enfermeiros; o que chama a atenção é a fraca interação com os agentes comunitários de saúde (23,5%) que, na verdade, são aqueles que fazem o elo entre as famílias e os serviços de saúde, peças-chave da estratégia. O mesmo percentual (23,5%) aparece nas respostas quanto à interação com THDs e ACDs, profissionais que compõem as equipes de saúde bucal.

Os resultados deste estudo mostram que (32,3%) dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF trabalham na equipe de saúde bucal modalidade I (CD e ACD) e (55,9%) na modalidade II (CD, ACD e THD). Dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 11,8% atuam somente com THD em suas equipes, o que não se enquadra em nenhuma modalidade preconizada pelo Ministério da Saúde (2001).

Quase todos os entrevistados (97,1%) declararam conhecer as atribuições específicas dos ACDs e THDs. Dentre eles, 70,6% disseram que delegam às THDs a realização de tarefas que lhes são atribuídas. Porém os procedimentos clínicos mais realizados pelos CDs entrevistados foram curativo e preventivo (91,2%). Isso não corrobora o texto da Portaria nº 267/2001, que normatiza, como atribuição das THDs, entre outras, realizar procedimentos preventivos sob supervisão do cirurgião-dentista. Supõe-se, então, que os CDs não conheçam as atribuições das THDs na íntegra ou que esteja ocorrendo subutilização dessas profissionais.

A maioria dos profissionais participantes (91,2%) declarou que o seu contato com a comunidade se dava na USF, em seus domicílios e em eventos realizados na comunidade e 94,1% mencionaram que estimulam a comunidade a participar do controle social, o que confirma os resultados de Marcelino (2000), nos quais 84% dos entrevistados acham necessária a participação da comunidade na inserção de novas políticas de saúde bucal. Segundo Córdon (1999), os trabalhadores de saúde bucal devem proporcionar condições para que a família e outros movimentos sociais tenham possibilidade de expressão na construção da saúde, no SUS e, portanto, na condução do processo histórico da sociedade brasileira. Devem os CDs expandir sua atuação para além de suas atividades clínicas privativas, zelando pelo controle social do programa, trabalhando, em especial, com os Conselhos de Saúde, demais líderes e profissionais, bem como com todos os cidadãos que forem abordados na esfera íntima de suas famílias (BRASIL, 2001). O verdadeiro papel do trabalhador da saúde está na construção da cidadania, estimulando as pessoas a participar e lutar por seus direitos com o acompanhamento da equipe (SCHIMITH; LIMA, 2004). Dessa forma, esforços

devem ser envidados para uma melhor formação dos futuros profissionais e da atual força de trabalho em saúde bucal nos serviços de saúde, particularmente no domínio das categorias que fazem do SUS um instrumento capaz de colaborar no processo de emancipação social.

CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais tem em suas equipes os auxiliares ACD e THD chamada modalidade II, preconizada pelo Ministério da Saúde, e poucos atuam somente com ACD. A maioria dos profissionais declarou conhecer as atribuições específicas dos ACDs e dos THDs, delegando às THDs a realização de tarefas próprias de suas atribuições. Os procedimentos clínicos que mais realizam são curativos e preventivos. Os profissionais da equipe com quem os CDs mais interagem são os médicos e enfermeiros. Em relação aos Conselhos de Saúde, a metade dos profissionais entrevistados não participa com frequência, mas a maioria estimula a comunidade a participar do controle social.

ABSTRACT

DOMICILIARY VISITING HEALTH PROGRAMME DENTIST'S PROFILE

This is the second part of a descriptive study about the dentist's profile who work at Domiciliary Visiting Health Programme at Vitória City with the aim to present data from the staff work and professionals' social participation. A census was accomplished with the dentists population that (N = 34) through a standardized interview questionnaire with 47 itens, applied by the researcher. A descriptive analysis of the data was accomplished, through frequency tables for each one of the research items. The results showed that the almost all professionals do know about dental auxiliaries specific tasks. Health professionals with more interaction were doctors and nurses. The participation in Health Councils were made by only 35%, but 94% stimulated the community participation in social control.

Keywords: Profile. Dentists. Domiciliary Visiting Health Programme.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Portaria nº 267 de 6 março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 mar. 2001. Seção 1, p. 67.
- 2 _____. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 15 maio 2006.

- 3 CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Especialização em Saúde da Família: uma estratégia para o apoio à expansão da atenção básica nas grandes cidades. **Rev. Bra. S. Fam.**, v. 6, n. 8, p. 38-46, dez. 2006.
- 4 CORDÓN, J. Os recursos humanos em saúde bucal coletiva e o SUS. **Ação Coletiva: recursos humanos**, v. 2, n.1, p.1-2, jan./mar.1999.
- 5 ESPOSTI, C. D. D. et al. Perspectivas de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família; dificuldades e avanços. **UFES Rev. Odontol.**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 49-54, set./dez. 2006
- 6 MARCELINO, G. **Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgião-dentistas do município de Araçatuba-SP frente aos avanços ocorridos na odontologia às vésperas do século XXI**. 2000. 196 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social e Preventiva)-Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.
- 7 MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 30-37, 2003.
- 8 SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.
- 9 ZANETTI, C. H. G. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF): proposição e programação, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: 15 ago. 2004.

Correspondência para/Reprint request to:

Cláudio Fontenele Maciel
Rua Oscar Rodrigues Oliveira, 599
Jardim da Penha, Vitória ES 29060-720
cfmaciel208@hotmail.com