

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS QUE ATUAM NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, NA PERCEPÇÃO DOS GERENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

EVALUATION OF THE COMPETENCES OF DENTISTS ACTING IN FAMILY HEALTH TEAMS IN SÃO PAULO: THE PERCEPTION OF MANAGERS OF BASIC HEALTH UNITS

LIGIA COUTINHO PORTO¹, ROSA MARIA EID WEILER^{2*}, DOUGLAS SCHNEIDER FILHO³, SÉRGIO SPEZZIA⁴, MARIA SYLVIA DE SOUZA VITALE⁵

1. Cirurgiã Dentista. Aluna de Pós-graduação do Curso de Especialização em Adolescência para Equipe Multidisciplinar do Setor de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo; 2. Cirurgiã Dentista. Coordenadora da Área de Odontologia do Setor de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo; 3. Ex-Coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo; 4. Cirurgião Dentista. Mestrando em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; 5. Médica. Docente permanente do programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência da Universidade Federal de São Paulo.

* Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA/UNIFESP) – Setor de Medicina do Adolescente - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. Rua Botucatu, 715, Vila Clementino, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 04023-062. reid@uol.com.br

Recebido em 14/05/2015. Aceito para publicação em 27/05/2015

RESUMO

O estudo objetiva a avaliação das competências dos dentistas que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) de São Paulo, Brasil na percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para verificar o quão estão integrados ao perfil que se busca com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas em 2002. Foi realizada a aplicação de questionários enviados online aos gerentes das UBS que tinham ESF atuando com dentista. Participaram da pesquisa 65 gerentes. Todas as 10 competências a serem desenvolvidas pelos dentistas foram consideradas extremamente importantes por mais de 50% dos respondentes. Os aspectos mais bem avaliados no desempenho dos dentistas foram: planejar ações integradas, planejar ações, privilegiando o caráter educativo e executar ações curativas. Os adolescentes são um grupo, ainda pouco explorados, em relação a programas de prevenção direcionados a eles. Na percepção dos gerentes respondentes, os cirurgiões dentistas estão integrados satisfatoriamente ao modelo de perfil que se busca com as DCN implantadas em 2002.

PALAVRAS-CHAVE: Diretrizes para o Planejamento em Saúde, Odontologia Comunitária, Saúde da Família, Educação em Odontologia, adolescente.

ABSTRACT

The study aims to assess skills of dentists working in Family Health Teams of São Paulo, Brazil in the perception of managers of the Basic Health Units to check how they are integrated

into the profile that is being sought through the National Curriculum Guidelines established in 2002. The application of on line questionnaires sent to the managers of Basic Health Units (that had Family Health Teams acting with dentist) was performed. Subjects were 65 managers. The skills to be developed by dentists were considered extremely important by more than 50% of respondents. Aspects that were better evaluated about the performance of dentists were: planning integrated actions, performing actions favoring the educational character and performing curative actions. Teenagers are a group, yet little explored, in relation to prevention programs targeted to them. In the perception of respondents managers, dentists are well integrated to the profile targeted with the National Curriculum Guidelines implemented in 2002.

KEYWORDS: Health Planning Guidelines, Community Dentistry, Family Health, Education, Dental, adolescent.

1. INTRODUÇÃO

Os anos 90 testemunharam grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil, norteadas pela necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde, que teve seu ápice quando, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para consolidação do SUS¹. O PSF adotado em âmbito nacional, tem como propósito a organização da prática da atenção à saúde sob novas bases. Destaca-se que, em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as a-

ções de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua^{1,2}.

O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes³.

Entendendo a saúde bucal como integrante desse processo, a sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário⁴. No levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, por meio de Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), foi constatado que cerca de 20 milhões de brasileiros, de um total de 160 milhões, nunca haviam ido ao dentista. Isso representava algo em torno de 12,5% de pessoas que nunca tiveram acesso a tratamento odontológico. Na área rural esse número subia para 32%⁵. O grande desafio é poder oferecer atenção primária às famílias e poder oferecer tratamento odontológico mais complexo nas unidades básicas de saúde, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se "a porta de entrada" do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo⁶. A incorporação oficial do cirurgião dentista na equipe de saúde da família aconteceu somente em 2000 dentro de um contexto político, econômico e social favorável⁴.

Em 2004, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Foram definidas duas modalidades de equipes, sendo a modalidade I composta de um cirurgião-dentista (CD) e uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e a modalidade II de um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB). Os objetivos foram diminuir os índices epidemiológicos de doença bucal e ampliar o acesso da população Brasileira às a-

ções de saúde bucal^{7,8}.

A formação profissional dos cirurgiões dentistas que atuam nas ESF deve ser levada em consideração para podermos avaliar o perfil de cada um, tendo papel fundamental nas ações coletivas e sociais empregadas por eles ao atenderem a população. Para avaliação desses perfis, nos baseamos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que passaram por mudanças no ano de 2002, substituindo o antigo currículo mínimo, de 1982, a partir de uma necessidade apontada e emanada da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996⁹.

Entre as mudanças apontadas por estas Diretrizes encontram-se: capacidade de formação de um profissional crítico capaz de questionar, trabalhar em equipe, levando em conta a realidade social; deve ser priorizada a saúde universal com qualidade e com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças; o profissional a ser formado deve ser generalista com sólida formação técnica científica orientada para a promoção de saúde; o Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e tutor do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência¹⁰.

No Município de São Paulo, em consonância com as Diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 648-MS/GM de 28/03/2006), cada equipe de ESF é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal (ESB) com dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal. No município de São Paulo encontramos cinco coordenadorias regionais de saúde: Norte, Centro-Oeste, Leste, Sudeste e Sul compostas pelas subprefeituras de cada região¹¹.

Estão distribuídas nas cinco regiões do município, atuando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por volta de 1200 Equipes de Saúde da Família e apenas 239 Equipes de Saúde Bucal. Os profissionais integrantes dessas ESF são coordenados pelos gerentes das UBS onde atuam, sendo ele um profissional da saúde. A jornada de trabalho dos cirurgiões dentistas das equipes é de 40 horas semanais, e os mesmos são contratados por organizações sociais (OS). Contando que as UBS possuem uma grande demanda de pacientes, os casos não solucionados completamente podem ser encaminhados aos 28 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pelo sistema de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo principal a avaliação das competências dos cirurgiões dentistas que atuam nas

ESF do município de São Paulo, Brasil na percepção dos gerentes das UBS para verificar o quão estão integrados ao modelo de perfil que se busca com as DCNs estabelecidas em 2002.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este foi um estudo observacional transversal.

Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e aprovado em 10/09/2013, sob o número de parecer 390.270. Foi submetido também ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e aprovado em 03/10/2013 sob o número de parecer 406.192, ambos constantes na Plataforma Brasil.

A metodologia utilizada se baseou na aplicação de questionários enviados online aos gerentes das UBS que tinham ESF atuando com um cirurgião dentista.

No município de São Paulo encontramos cinco coordenadorias regionais de saúde: Norte, Centro-Oeste, Leste, Sudeste e Sul compostas pelas subprefeituras de cada região e as UBS estão distribuídas nessas regiões.

Foi feito um contato com o Coordenador de Saúde Bucal do Município de São Paulo por meio de uma carta de apresentação do projeto e posterior reunião. Com o auxílio do Coordenador de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde, todos os participantes foram informados em reunião dos objetivos do estudo, visando melhoria dos serviços de saúde prestados à população em geral.

O coordenador de Saúde Bucal do Município assinou uma autorização (cópia na Plataforma Brasil) e enviou, por e-mail, aos gerentes da UBS que tinham ESF atuando com um cirurgião dentista, o termo de consentimento livre e esclarecido e o link que abria o questionário a ser preenchido *online*. O termo assinado era devolvido ao Coordenador de Saúde Bucal.

Cada gerente recebeu da equipe de pesquisadores todo o suporte que se fez necessário para o preenchimento dos instrumentos, via telefone ou e-mail.

Foi delimitado um tempo (de novembro de 2013 a fevereiro de 2014) em que os instrumentos ficaram online. Foram 65 gerentes que participaram da pesquisa, de um total de 239 que gerenciam UBS com cirurgiões dentistas e todos são profissionais da área da saúde. Todos se adaptaram ao questionário online pela facilidade, tendo sido uma boa opção como método.

Os resultados foram avaliados por meio de análise descritiva dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo, de um total de 239 UBS que possuíam ESF com Equipe de Saúde Bucal (ESB) atuando com pelo menos um cirurgião dentista, 65 foram os gerentes

dessas UBS que participaram da pesquisa, totalizando 27%.

Tabela 1. Nota atribuída à importância das competências a serem desenvolvidas pelos dentistas das Equipes de Saúde da Família, na visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

NOTA ATRIBUÍDA À IMPORTÂNCIA DO (A)		0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	TOTAL %
a-	Conhecimento da realidade das regiões assistidas pela ESF	—	—	7,7	15,4	76,9	100
b-	Capacidade de organizar ações baseadas no conhecimento epidemiológico da comunidade	—	—	3,2	27,6	69,2	100
c-	Capacidade de planejar ações integradas com outros profissionais de saúde	—	—	3,2	27,6	69,2	100
d-	Capacidade de realizar ações integradas com outros profissionais de saúde	—	—	1,6	36,9	61,5	100
e-	Capacidade de transmitir o conhecimento nas reuniões com a comunidade privilegiando vivências, oficinas e dramatizações mais do que a transmissão vertical tradicional	—	3,2	10,7	32,3	53,8	100
f-	Capacidade de realizar avaliações das ações desenvolvidas	—	—	6,1	32,4	61,5	100
g-	Capacidade de planejar ações privilegiando o caráter educativo da prevenção e promoção de saúde	—	—	7,8	26,1	66,1	100
h-	Capacidade de utilizar adequadamente prontuários integrados a outras especialidades	—	—	6,5	35,1	58,4	100
i-	Capacidade de executar ações curativas	—	—	4,7	33,8	61,5	100
j-	Capacidade de realizar diagnósticos embasados na epidemiologia	—	—	6,1	32,4	61,5	100

(0-nada importante, 1-pouco importante, 2-importante, 3-muito importante e 4- extremamente importante)

Tabela 2. Nota atribuída a quão satisfatoriamente são desenvolvidas as competências pelos dentistas das Equipes de Saúde Bucal, na visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

NOTA ATRIBUÍDA À QUÃO SATISFATORIAMENTE É DESENVOLVIDO (A):	0 %	1 %	2 %	3 %	TOTAL %
a- Conhecimento da realidade das regiões assistidas pela ESF	—	13,9	49,2	36,9	100
	—	13,9	53,8	32,3	100
b- Capacidade de organizar ações baseadas no conhecimento epidemiológico da comunidade	—	17,6	36,3	46,1	100
c- Capacidade de planejar ações integradas com outros profissionais de saúde	1,2	22,0	41,5	35,3	100
	9,3	15,4	53,8	21,5	100
d- Capacidade de transmitir o conhecimento nas reuniões com a comunidade privilegiando vivências, oficinas e dramatizações mais do que a transmissão vertical tradicional	3,2	14,7	61,5	20,6	100
	—	10,9	46,1	43,0	100
e- Capacidade de realizar avaliações das ações desenvolvidas	—	9,3	38,4	52,3	100
f- Capacidade de planejar ações privilegiando o caráter educativo da prevenção e promoção de saúde	—	3,1	27,7	69,2	100
g- Capacidade de utilizar adequadamente prontuários integrados a outras especialidades	—	13,9	32,3	53,8	100
h- Capacidade de executar ações curativas					
i- Capacidade de realizar diagnósticos embasados na epidemiologia					
j-					

0 (insatisfatório), 1 (pouco satisfatório), 2 (satisfatório), 3 (plenamente satisfatório).

A porcentagem de enfermeiros atuando como gerentes das UBS foi de 72%. Os gerentes cirurgiões dentistas se apresentam em 12% das UBS. Médicos, fonoaudiólogos e educadores em Saúde Pública ocupam 12% dos

cargos de gerência e apenas 4% são fisioterapeutas. A média de idade dos gerentes das UBS respondentes foi de 44,6 anos.

Quanto ao tempo de formação dos cirurgiões dentistas que atuam nas ESF das UBS, temos: formados entre 0 e 5 anos (17%), formados entre 5 e 10 anos (41%) e formados há mais de 10 anos (42%).

Em relação aos critérios de prioridade para agendamento de consultas odontológicas nas UBS obtivemos os seguintes números: grupos priorizados pela ESF (30%), dor (18%), maior risco social (18%), queixa do paciente depois da avaliação do caso (15%), outros (12%) e faixa etária (7%).

Os gerentes responderam sobre as estruturas e equipamentos que a UBS possui. Como resultado foi relatado que dentre as 65 UBS, 62 unidades (95,4%) possuem instrumentais para uso clínico geral e materiais de uso clínico, 57 (87,7%) unidades desfrutam do aparelho fotopolimerizador para uso em restaurações de resina e sala de reuniões para planejamentos e reuniões em equipe, 38 unidades (58,5%) têm computador destinado aos profissionais das ESF, 26 unidades (40%), apenas, contam com aparelho de radiologia odontológica e 9 unidades (13,8%) contam com meio de transporte para visitas domiciliares na comunidade.

No que diz respeito às ações desenvolvidas pelos cirurgiões dentistas, nos foi respondido que, considerando as atividades na ordem decrescente, ou seja, das mais realizadas para as menos realizadas temos que: 64 UBS (98,5%) realizam atendimento clínico a demanda, visitas domiciliares e promovem promoção e prevenção da saúde; 62 UBS (95,3%) fazem planejamento do trabalho a ser realizado e promovem interação com outros setores; 60 UBS (93,3%) estabelecem grupos prioritários para atendimento e 54 UBS (83%) utilizam o Sistema de Informação da Atenção Básica para planejamento, 39 UBS (60%) realizam atividades educativas específicas para adolescentes e 31 UBS (47,6%) desenvolvem intervenções planejadas em função da literatura científica e direcionadas aos riscos de doenças bucais mais comuns em adolescentes. Complementando o perfil de atendimento das UBS, observamos que todas as UBS participantes da pesquisa (100%) atendem gestantes e pré-escolares (4 a 6 anos), 64 UBS (98,4%) atendem escolares (7 a 12 anos), 63 UBS (96,9%) atendem e idosos (60 anos ou mais), 61 UBS (93,8%) atendem adolescentes (13 a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos) e 53 UBS (81,5%) atendem bebês de 0-3 anos.

Na Tabela 1 observamos a importância dada a 10 competências a serem desenvolvidas pelos dentistas da ESF, na visão dos gerentes das UBS. São elas: conhecimento da realidade das regiões assistidas pela ESF, capacidade de organizar ações baseadas no conhecimento epidemiológico da comunidade, capacidade de planejar e realizar ações integradas com outros profissionais de

saúde, capacidade de transmitir o conhecimento nas reuniões com a comunidade privilegiando vivências, oficinas e dramatizações mais do que a transmissão vertical tradicional, capacidade de realizar avaliações das ações desenvolvidas, capacidade de planejar ações privilegiando o caráter educativo da prevenção e promoção de saúde, capacidade de utilizar adequadamente prontuários integrados a outras especialidades, capacidade de executar ações curativas e capacidade de realizar diagnósticos embasados na epidemiologia

Todas foram consideradas capacidades extremamente importantes por mais de 50% dos respondentes.

Na Tabela 2 os gerentes avaliaram quanto satisfatoriamente os cirurgiões dentistas realizam as mesmas competências da tabela 1. Os aspectos mais bem avaliados (plenamente satisfatório na escala) foram: capacidade de planejar ações integradas com outros profissionais de saúde, capacidade de utilizar adequadamente prontuários integrados a outras especialidades, capacidade de executar ações curativas e capacidade de realizar diagnósticos embasados na epidemiologia. As que tiveram a maior soma das notas pouco satisfatória e insatisfatória, de acordo com os gerentes das UBS, foram a capacidade de realizar avaliações das ações desenvolvidas por eles, capacidade de transmitir o conhecimento nas reuniões com a comunidade, privilegiando vivências, oficinas e dramatizações mais do que a transmissão vertical tradicional e capacidade de realizar ações integradas com outros profissionais de saúde.

4. DISCUSSÃO

No município de São Paulo encontramos cinco coordenadorias regionais de saúde: Norte, Centro-Oeste, Leste, Sudeste e Sul compostas pelas subprefeituras de cada região. Estão distribuídas nas cinco regiões do município, atuando nas UBS, por volta de 1200 ESF e dentre essas, apenas 239 contam com uma ESB, totalizando 20%. Esse resultado nos mostra uma falha no número de ESB num município como São Paulo, que já soma mais de 11 milhões de habitantes, precisando de um maior número de ESB. Os profissionais integrantes dessas ESF são coordenados pelos gerentes de cada UBS, que foram os respondentes da pesquisa.

Cada região do município tem suas particularidades e as demandas são diferentes em cada uma delas. Assim, alguns aspectos como, por exemplo, os de prevenção e promoção de saúde devem ser direcionados às necessidades principais de cada região.

Na questão de prioridades para agendamento de consultas, a maior parte respondeu que são considerados os grupos priorizados pela ESF. Quanto a essa resposta, a Coordenadoria de Saúde Bucal nos esclareceu que existem grupos prioritários de acompanhamento, em que as consultas já são garantidas (por exemplo, as gestantes) e

os retornos seguem a frequência estabelecida em protocolo. Os demais casos são avaliados e agendados dependendo da queixa apresentada. São determinados critérios de risco social (pois todas as famílias são cadastradas) e a partir daí são convocadas as famílias de maior risco, avaliando a necessidade odontológica dos indivíduos e construindo a agenda de acordo com esta necessidade.

Em relação às estruturas e equipamentos que as UBS possuem, nos chama a atenção, que enquanto 87,7% das unidades têm aparelho fotopolimerizador, apenas 40% das unidades têm aparelho de radiologia odontológica e isto impacta diretamente na dificuldade de diagnósticos, como em dentes que necessitem ou não de tratamento endodôntico ou em exodontia emergencial, o que acarreta na necessidade de se encaminhar a outro serviço e leva ao atraso na resolução dos problemas.

Como vimos, o serviço é considerado muito satisfatório nos atendimentos a gestantes e pré-escolares- 4 a 6 anos (sendo os grupos populacionais 100% atendidos pelos cirurgiões dentistas). As demais faixas etárias são contempladas com um expressivo atendimento, pois a faixa etária menos atendida são os bebês de 0 a 3 anos, que têm atendimento em 81,5 % das unidades. Um atendimento global é essencial, portanto é importantíssimo que o planejamento de ações integradas com outros profissionais de saúde pelos dentistas da equipe seja plenamente satisfatório. Na pesquisa observamos essa satisfação na visão dos gerentes das UBS, o que se torna muito vantajoso para a população atendida.

Na avaliação das competências desenvolvidas pelo dentista da equipe, pode-se destacar que a avaliação da capacidade de realizar ações integradas com outros profissionais de saúde foi uma das que recebeu maior soma de nota pouco satisfatória e insatisfatória, mas a capacidade de planejar essas ações foi avaliada pela maioria como plenamente satisfatória. Isso mostra que existem obstáculos entre planejar e realizar.

Um aspecto que vale a pena destacar é a questão do atendimento dos adolescentes. No atendimento ao adolescente, Costa e Formigli (2001)¹², destacam que a organização de programas voltados para a saúde do adolescente requer uma abordagem interdisciplinar, envolvendo aspectos que interagem no dia a dia dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades de demanda individual e coletiva.

É fundamental que a atenção primária seja organizada e tenha atividades voltadas para os adolescentes, pois é um grupo de grande vulnerabilidade, que está sempre exposto a vários fatores de risco. Além disso, é uma fase que se caracteriza por ser rica e receptiva ao desenvolvimento de atividades relacionadas à sua saúde, portanto, devemos organizar o atendimento e estar preparados para receber essa população¹³.

Horta (2006) constatou que poucos profissionais que atuam na ESF possuem capacidade e se sentem motivados para trabalhar com os adolescentes, levando em consideração que é uma fase em que se vive momento peculiar da vida, com muitos questionamentos, conflitos e ambiguidades¹⁴.

Importante ressaltar que o índice CPOD (dentes cariados, perdidos ou obturados) em São Paulo tem um aumento muito expressivo da idade de 12 anos para a idade de 15 a 19 anos, pulando de 1,41 para 4, ou seja, vai de um índice considerado baixo para um índice médio, quase alto¹⁵. A Organização Mundial classifica os índices de CPOD como: até 1,1 são considerados muito baixos, de 1,2 a 2,6 baixos, de 2,7 a 4,4 médios, de 4,5 a 6,5 altos e acima de 6,5 muito altos¹⁶. Isso implica, no fato, de que a fase da adolescência é uma fase de risco para o aumento de cárie, assim como para o aumento de doenças gengivais, que aos 12 anos é de 37,15% e passa a 49,1% dos 15 aos 19 anos¹⁵. Se a Política Nacional de Saúde Bucal deve ser pautada em modelos de atenção de base epidemiológica¹⁷, o grupo de Adolescentes deve ser incluído em programas especiais de prevenção.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é uma fase evolutiva do ser humano, compreendida entre a infância e fase adulta, correspondente ao período de 10 a 19 anos, e na qual ocorrem profundas transformações físicas, psicológicas e sociais¹⁸.

Uma característica do sistema é que os adolescentes atendidos pelas ESB estão inseridos em 2 faixas etárias: uma parcela dos escolares que são aqueles com 7 a 12 anos de idade e o grupo de adolescentes que engloba a faixa etária de 13 a 19 anos. Como o objetivo maior é a prevenção, talvez valesse a pena reformular essas categorias de faixa etária, para conseguir trabalhar ações específicas para adolescentes mais cedo.

Nossos resultados mostraram que mesmo com um bom número de atendimentos ao grupo de adolescentes (13-19 anos) e parte dos escolares nas UBS, somente 47,6% das UBS respondentes desenvolvem intervenções planejadas em função da literatura científica e direcionadas aos riscos de doenças bucais mais comuns em adolescentes, mostrando que este é um segmento ainda pouco explorado. Um fato, que pode ser destacado, é que a capacidade de transmitir o conhecimento nas reuniões com a comunidade, privilegiando vivências, oficinas e dramatizações mais do que a transmissão vertical tradicional como competência desenvolvida pelos dentistas da equipe teve nota pouco satisfatória ou até insatisfatória, de acordo com os gerentes das UBS e sabe-se que este é o método mais adequado, realizar ações integradas com outros profissionais de saúde para motivação dos adolescentes.

Seria interessante que as ESB recebessem, além de um treinamento geral, um específico para cada segmento atendido. Nesse treinamento seria enfocado além dos

problemas de saúde mais prevalentes na faixa etária, a forma de abordagem mais adequada.

No estudo, aproximadamente 58% dos cirurgiões dentistas atuantes nas UBS tiveram formação após a implantação das DCNs de 2002, portanto essa parcela deveria apresentar, entre outras características, um perfil crítico, capaz de questionar, trabalhar em equipe, levando em conta a realidade social e capaz de priorizar a saúde universal com qualidade e com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças. Levando o objetivo do estudo em consideração, encontramos um grande número de cirurgiões dentistas integrados de forma satisfatória ao modelo de perfil que se busca com as DCNs de forma geral.

Este estudo obteve 65 gerentes respondentes dentre os 239 que coordenam UBS com ESB, totalizando aproximadamente 27%. Como os resultados foram favoráveis em relação ao sistema como um todo, podemos interrogar se os que responderam ao questionário foram aqueles com melhores condições, tanto em recursos humanos; como no âmbito dos equipamentos que usufruem. No entanto, se consideramos que 239 gerentes das UBS com ESB é o nosso universo estatístico, ter uma amostra que representa mais que um quarto da população investigada, é bastante considerável, principalmente porque estudos da área de Administração como de Marconi e Lakatos (2005)¹⁹ relatam que questionários que são enviados para os entrevistados alcançam em média 25% de devolução. Mesmo que tenha havido esse viés não intencional, o estudo serve para promover discussões a respeito de quanto as competências almejadas pelas DCN estão sendo contempladas nas ESB das ESF.

5. CONCLUSÃO

Como analisamos na pesquisa, os requisitos das DCNs estão sendo atingidos e receberam nota alta pela visão dos gerentes que coordenam as UBS.

Na percepção dos gerentes respondentes, os cirurgiões dentistas estão integrados de forma satisfatória ao modelo de perfil que se busca com essas diretrizes implantadas em 2002.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família; saúde dentro de casa/ Family Health Program - Health at Home. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994. Brasília; Fundacao Nacional de Saude (Brasil); 1994; 20 p.
- [2] Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública 2009; 25(5):985-96.
- [3] Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública 2005;

- 21(4):1026-35.
- [4] Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2727-39.
- [5] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD). <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 10/03/2013).
- [6] Oliveira JLC, Salib NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cad Saúde Pública* 2005; 10:297-301.
- [7] Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (Supl. 1):1367-77.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília:Ministério da Saúde; 2002.
- [9] Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação – Brasília: Ministério da Saúde, 2007; 86 p.
- [10] Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar2002; 1:10.*
- [11] Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo. <http://www.prefeitura.sp.gov.br> acessado em 09/04/13.
- [12] Costa COM, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(2):177-84.
- [13] Traverso-Yépez MA, Pinheiro SV. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicol & Sociod* 2002; 14(2):133-47.
- [14] Horta LC. O significado do atendimento ao adolescente na Atenção Básica à saúde: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006.
- [15] Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados. Disponível na internet em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/resultados.htm> Acessado em 09/12/2013.
- [16] World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th Ed.Geneva: World Health Organization; 1997.
- [17] Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres K G et al . Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2012; 28 Sup:S40-S57.
- [18] WHO (1998). Towards 2010: the challenge for adolescent health. Report of the Meeting of the Technical Advisory Group for the WHO Adolescent Health and Development Programme, Geneva, 25-26 March 1998 and the Meeting of Regional Officers responsible for Adolescent Health, Geneva 23-24; 1998. Geneva, World Health Organization.
- [19] Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6ª Ed. SãoPaulo: Atlas, 2005.