

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RAFAEL SILVEIRA BRAGA

O PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA E O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO
EM EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO DESCRITIVO

PORTO ALEGRE
2013

RAFAEL SILVEIRA BRAGA

O PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA E O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO
EM EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: ESTUDO DESCRITIVO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador
Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

PORTO ALEGRE
2013

|

CIP

Braga, Rafael Silveira

O perfil do cirurgião-dentista e o processo de territorialização em equipes da atenção básica: estudo descritivo / Rafael Silveira Braga. – 2013.

38 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Orientador: Fernando Hugo Neves

1. Perfil profissional. 2. Atenção primária à saúde. 3. Odontologia. I. Neves, Fernando Hugo. II. Título.

Catálogo na Publicação

Elaborado por Juliana Sanches – CRB 10/1815

RESUMO

BRAGA, R.S. **O perfil do cirurgião-dentista e o processo de territorialização em equipes da atenção básica: estudo descritivo.** 2013. 38 f. (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

As ações que elevam a ESF à condição de reorientadora do modelo de atenção como, por exemplo, a territorialização, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação, ainda seguem pouco exploradas pelos profissionais do SUS. Dessa forma o objetivo desse estudo foi descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas do curso de especialização em Saúde de Família da UNA-SUS/UFCSPA e os processos de territorialização. O estudo foi formado por 66 CDs. Nossos resultados mostraram que 86,15% do CDs não são coordenadores de equipe, 42,4% dos CDs atuam de 1 a 3 anos no serviço público, 83,3 % das equipes são ESF+ESB, a maioria da amostra é contratada sobre o regime estatutário, a grande maioria dos CDs não possui plano de carreira, 42,4% da amostra utiliza a tecnologia EAD através da Una-SUS como forma de educação permanente. A maioria das equipes possui uma área de abrangência que varia entre 3001 a 4500 pessoas e não levam em conta o critério de vulnerabilidade para definição de pessoas sob sua responsabilidade. A maioria dos entrevistados relatou que existe definição da área de abrangência pela equipe e que utilizam a ferramenta de mapas com desenhos do território de abrangência, porém, esses mapas, não apresentam maiores sinalizações quanto a: grupos de agravos, áreas de risco, equipamentos sociais, redes sociais, condições étnicas e condições socioeconômicas. Dessa forma se faz necessário à implementação de políticas que incentivem a reorientação dos serviços de saúde e a contínua capacitação dos profissionais do SUS, qualificando as práticas da Atenção Básica, dentre elas a territorialização, que é um processo central para a organização do trabalho da Estratégia Saúde da Família consolidando o novo modelo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Educação Continuada, Territorialização.

ABSTRACT

BRAGA, R.S. **The profile of the dentist and the process of territorialization in primary care teams: a descriptive study.**..2013. 38 f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The actions that elevate the status of ESF reorienting health care model , for example, territorial , health education , public participation , planning and evaluation , yet little explored by follow SUS professionals . Thus the aim of this study was to describe the professional dentists in the specialization course in Health and Family UNA-SUS/UFCSPA territorialization processes . The study consisted of 66 CDs Our results showed that 86.15 % of the CDs are not team coordinators , 42.4 % of the CDs work 1-3 years in public service , 83.3 % of the teams are FHS + ESB , most of the sample is hired on the statutory scheme , the vast majority of CDs does not have a career plan , 42.4 % of the sample use the technology through ODL Una - SUS as a form of continuing education . Most esquipas has a catchment area of between 3001-4500 people and do not take into account the criteria for defining vulnerable people under its responsibility. Most respondents reported that no definition of the area covered by the team and using the tool maps with drawings of the territory covered , however, these maps do not show major signs as : groups of diseases , risk areas , social facilities , social networks , ethnic and socioeconomic conditions . Thus it is necessary to implement policies that encourage the reorientation of health services and the continuous training of professionals in the NHS , describing the practices of primary care, among them the territorialization , a process that is central to the organization of work of the Health Strategy Family consolidating the new model of health care .

Keywords: Primary Health Care, Education, Continuing, territorialization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	6
2.2	TERRITORIALIZAÇÃO.....	10
2.3	PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA E O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS.....	11
2.4	POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	13
2.4.1	Telessaúde Brasil Redes	14
2.4.2	Universidade Aberta do SUS	15
3	OBJETIVO	18
4	METODOLOGIA	19
4.1	DELINEAMENTO.....	19
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	19
4.3	POPULAÇÃO.....	19
4.4	AMOSTRA.....	19
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	19
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
4.7	COLETA DE DADOS.....	20
4.8	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).....	20
4.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	21
4.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5	RESULTADOS	22
6	DISCUSSÃO	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	33
	ANEXOS	37
	APÊNDICE	40

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo assistencial foi reorientado a partir da atenção básica, através do Programa Saúde da Família (PSF), de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF representa um novo modelo de reorganização da atenção básica como um eixo de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo hospitalocêntrico predominante no país (1).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF ocorreu em 2000 quando o Ministério da Saúde estabelece por meio da *Portaria nº. 1.444*, o incentivo financeiro à inclusão das ESB no PSF, o que resultou em um grande impulso de sua expansão pelo Brasil(2).

Em 2006 o PSF deixa de ser um programa e passa a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (1).

Nesse contexto, o processo de territorialização consiste em um dos pressupostos da organização de trabalho, sendo preconizado na Saúde da Família e em outras iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (2).

Dessa forma, é importante conhecer o perfil profissional dos Cirurgiões-Dentistas que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como as características dos processos de territorialização para que seja possível elaborar ações e estratégias no sentido de melhorar e qualificar esses profissionais e seu processo de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor entendimento, o referencial teórico deste trabalho foi dividido nos tópicos que seguem:

2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em setembro de 1978, acontece, em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde. Essa conferência apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual constituem a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da atenção primária à Saúde (APS) no mundo. Com base nos princípios de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde propôs as metas de “Saúde para todos no 2000”. O enfoque foi no sentido de priorizar a promoção e prevenção da saúde com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (3).

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha caráter especial: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde” (4).

Alguns autores afirmam que “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizadas como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual (4).

A expressão *atenção básica* tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde como equivalente de APS, sendo definida como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A atenção básica é desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, que são dirigidas a populações de territórios bem delimitados e pelas quais se assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. É o

contato preferencial dos usuários e se constitui como a porta de entrada do sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade (ao sistema), da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (5).

Neste trabalho, utilizaremos o termo Atenção Básica (AB) ao referirmos o primeiro nível de atenção em saúde no Brasil, visto que o Governo Federal também o utiliza.

O correto entendimento do conceito da AB pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação (6):

- Primeiro Contato: implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato.

- Longitudinalidade: aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.

- Integralidade: diz respeito às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população. Sua resposta a essas demandas enquanto capacidade resolutiva. Nesse sentido, deve ficar claro que as equipes de saúde devem encontrar o equilíbrio entre a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional.

- Coordenação: relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário (6).

No Brasil, a AB surge como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir do PSF. A busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende às necessidades de saúde das pessoas. O PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, e tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente,

introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (7).

O PSF compreende a família a partir do seu ambiente físico e social, como um agente ativo de mudanças. Também trabalha com território de abrangência, ou seja, uma área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode trabalhar com mais de uma equipe de profissionais, o que irá depender do número de famílias a ela vinculada. A unidade deve realizar o cadastramento das famílias através de visitas domiciliares. Essa etapa é o início do vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade (8).

No PSF, cada profissional da equipe deve desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo. O produto deve ser fruto da contribuição específica de sua área profissional ou de conhecimento. Os integrantes das equipes devem ser capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (9).

A equipe possui um processo de trabalho e deve ser preparada para realizar o mesmo, possui atribuições que são comuns a todos os profissionais e a cada profissional, de acordo com as competências próprias da profissão (1).

A equipe do PSF deve ser composta por 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 em enfermagem e agentes comunitário de saúde. Podendo, ainda, ser acrescida de profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (8).

A atenção básica organizada por meio da Saúde da Família deve constituir o primeiro contato para a comunidade adstrita, configurando-se com o principal vínculo deste usuário com o sistema hierarquizado e regionalizado, e deve ser resolutiva. É a equipe de Saúde da Família que efetiva uma atenção permanente aos cidadãos e suas famílias em que, estejam em qualquer um dos demais serviços de saúde do sistema, esta equipe sabe, acompanha e coordena este trânsito[...]

A equipe de Saúde da Família é, portanto, co-responsável pelo processo saúde-doença em sua comunidade. É imprescindível que ela faça parte de um sistema que garanta acesso à atenção especializada e hospitalar sempre que necessário. A estruturação da rede básica de saúde

a partir da ESF é uma alternativa para efetivar estas novas práticas em saúde, desde que a reinvenção destas práticas, incorporem-se tecnologias que colaborem para se construir um novo modo de agir, também na clínica(10).

O PSF foi implantado no Brasil na metade da década de 1990, em um contexto político e econômico bastante conflituoso. Sua implantação foi marcada pela contradição entre a consolidação da saúde, com o advento da Constituição Federal de 1988, e o desenvolvimento do neoliberalismo, através de uma série de medidas de reformas do estado na lógica do capital, denominadas ajuste estrutural(11).

No entanto, a inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000. Nesse ano, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivos financeiros para a formação de equipes de saúde bucal e propôs, como estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, a inclusão daquelas equipes no Programa Saúde da Família. Sua incorporação visa romper com os modelos baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo(12).

As ações de saúde bucal incorporadas à estratégia do PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (13)

Com a inserção das ESB no PSF o Ministério da Saúde busca diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal. As ESB passam a atuar mais próximas da realidade, identificando fatores de risco, famílias com maior vulnerabilidade, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades. Inicialmente, foi previsto que cada equipe de saúde bucal devia atender, em média, 6.900 pessoas (considerando a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família em funcionamento no município) (14).

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, mais conhecida como Brasil Sorridente. Suas principais linhas de ação são:

- reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família;
- ampliação e qualificação da Atenção Especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias(15)

A partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar também ESB vinculadas apenas a uma Equipe de Saúde da Família e aumentou em média 60% o valor dos incentivos financeiros (15)

Em março de 2006, o PSF deixa de ser um programa e passa a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde. Naquele ano, foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 648 que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica e uma revisão das diretrizes e normas do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1). A Portaria 648 reafirmou a Estratégia Saúde da Família como preferencial forma de organização dos serviços de AB para todo país e como coordenadora das redes de atenção à saúde (16).

Recentemente, em 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.488, que aprova a Nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria nº 648/2006, provocando intenso debate nacional sobre a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização (8).

Em 2002 o Brasil possuía 16734 equipes de ESF, cobrindo 31,92% da população. Em 2013 33193 equipes de ESF, cobrindo um total de 54,34 % da população em todo território nacional (17).

2.2 TERRITORIALIZAÇÃO

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. O SUS preconiza o reconhecimento do território em diversas de suas atividades, como a ESF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. Muitas vezes, a territorialização é reduzida ao conceito de espaço, sendo utilizada de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços

de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (18). O território é muito mais do que meramente um espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (2,18). O território é mais do que uma extensão geométrica. Ele é um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, o que o caracteriza como um território em permanente construção (2,18).

A caracterização de uma população, bem como a avaliação de seus problemas, deve ser feita a partir do reconhecimento do território. A partir desse reconhecimento, também é possível realizar a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. A territorialização, também, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (2).

A tarefa de territorialização adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência (19).

As ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem as práticas adequadas as suas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva(20).

2.3 PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA E O PROCESSO DE TRABALHO NO SUS

Muitos países começaram a perceber nas últimas décadas que as práticas de saúde curativas de caráter individual são ineficazes para resolução dos problemas de saúde bucal, requerem um grande investimento, não produzem os resultados esperados, apresentam pouco impacto epidemiológico, baixa cobertura e desigualdades no acesso. Esse modelo de atenção reflete a formação dos profissionais, sendo esta fundamentada em um ensino que valoriza mais as ciências

básicas do que os aspectos de promoção e prevenção. Dessa forma a Odontologia das últimas décadas vem alterando as práticas profissionais: a forma de tratamento visando apenas à doença está mudando gradualmente e cedendo lugar para outro tipo de modelo. Um modelo cuja ideologia é centrada na prevenção das enfermidades e a promoção de saúde (21).

O trabalho do CD no serviço público, tradicionalmente se restringe ao atendimento clínico da população, pois desde os primórdios da profissão o enfoque era o trabalho isolado centrado no consultório. Porém, o SUS exige que os profissionais nele inserido atuem em equipe, fato que se tornou um desafio a ser enfrentado pelo CD (22).

A implantação da ESF modificou a atuação odontológica tradicional. O CD que atua no SUS deixa de exercer apenas atividades clínicas e passa a incorporar novas competências, como: planejamento de ações e serviços, interação comunitária, educação em saúde e atividades de atenção à saúde de modo geral. Para a consolidação dessa nova forma de trabalho, torna-se de extrema importância a participação do CD, visto que esse é um ator social envolvido no contexto da saúde(22).

O CD da ESF deve ainda realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal. Deve, também, atender a comunidade no território adscrito nas UBS em que sua equipe está inserida. Ele ainda fica responsável por coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, como também acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde de forma multidisciplinar (23).

Aerts e colaboradores(24) relataram que na oficina “Saúde Bucal na Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário”, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná e Secretaria Municipal de Saúde, que foi realizada em Curitiba no de 1992, foram discutidas algumas experiências municipais de saúde bucal e apontados os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no SUS:

- 1) a dificuldade de percepção desse trabalhador da dimensão sócio-histórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social;
- 2) a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão

social;

3) a baixa efetividade das ações de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços;

4) a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e integralidade, uma vez que o atendimento a determinados grupos populacionais é privilegiado;

5) a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico;

6) o isolamento do cirurgião-dentista, em função de ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, como consequência, sua não participação na equipe de saúde;

7) a forma de pagamento dos procedimentos, privilegiando as ações curativas.

As questões identificadas naquele ano continuam atuais, embora a mudança na forma de pagamento dos procedimentos pelo SUS possa ser considerada um avanço importante (24).

Dessa forma, esse novo modelo de serviço requer profissionais capacitados com uma visão ampliada de saúde (25).

O conceito ampliado de saúde foi criado VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986. Em sentido mais amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (26).

Nesse contexto, os CDs devem ser capazes de entender indivíduos, famílias e comunidades de forma sistêmica e integral. É necessário que os profissionais estejam capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades comunitárias (25).

Considerando a importância do processo de trabalho do CD para a efetivação do SUS, se faz necessário conhecer o perfil do CD inserido na ESF, a fim de investigar se esse perfil é adequado às diretrizes e aos objetivos do SUS (24,25).

2.4 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES) foi criada em 2004, no Brasil, através da Portaria 198/GM/MS e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Nesta portaria, foi delineada uma reestruturação da proposta de educação permanente como parte da gestão, com adoção de novas estratégias para implementação da PNPES (27).

A educação permanente auxilia o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde em relação aos desafios de seu trabalho cotidiano. É considerada um método de transformação e aprendizagem que é centrada no exercício cotidiano do trabalho, sendo este considerado fonte de conhecimento, e na valorização da articulação da atenção à saúde, gestão e controle social. A educação permanente é voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, possuindo estratégias de ensino contextualizadas e participativas, sendo orientada para a transformação das práticas (28).

Já a educação continuada tem a filosofia de transmissão de conhecimentos e valoriza a ciência como fonte do conhecimento, pontual, fragmentada e construída de forma não articulada com a gestão e o controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico- científico de cada área (29).

Os CDs que atuam no serviço público desenvolvem suas práticas baseadas no modelo flexneriano de formação das diversas instituições de ensino brasileiras. Poucas mudanças podem ser observadas nos egressos dessas instituições nos últimos anos (30).

O aumento do número de ESF evidenciou as limitações do perfil de formação do CD. Os componentes da educação na graduação e pós-graduação em saúde geralmente não estão voltados para as necessidades de saúde da população nem para o emprego ou criação de tecnologias assistenciais inovadoras (30). Nesse contexto, as políticas de educação são fundamentais para aproximação do profissional CD com o SUS (31).

2.3.1 Telessaúde Brasil Redes

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma ação nacional que visa a melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando

ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação (32).

A construção deste processo se iniciou em 2005, com participação da Organização Pan Americana de Saúde. Seu objetivo central foi a melhoria da qualidade da atenção básica através de capacitação das equipes de ESF mediante a internet. No início, foram previstos a criação de 9 Núcleos de Telessaúde estaduais, vinculados a algumas universidades previamente selecionadas. Os escolhidos para esta etapa foram Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Goiás, Pernambuco, Ceará e Amazonas. Cada um deveria instalar 100 pontos em equipes de ESF integradas às atividades do Núcleo. Os municípios dessas equipes deveriam ter até 100.000 habitantes, acesso à internet, IDH menor que 0,5, cobertura mínima de SF para 50% de sua população e, com prioridade, apresentar barreiras geográficas para o acesso presencial a cuidados de saúde. No máximo 20% dos pontos de cada estado pertenceriam às regiões metropolitanas, e se recomendava favorecer os que também sediassem outros processos de formação em atenção básica. O município e o estado federado selecionados deveriam aderir ao Telessaúde Brasil para receber seus serviços. Na etapa piloto, cada ponto recebeu equipamentos de informática custeados pelo MS, incluindo microcomputador, impressora multifuncional e webcam. O acesso à internet em banda larga era contrapartida municipal (33).

O Telessaúde busca como objetivos:

- Melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção;
- Expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos;
- Fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso;
- Melhor agilidade no atendimento prestado;
- Otimização dos recursos dentro do sistema como um todo, beneficiando, dessa forma, aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS (32).

2.4.2 Universidade Aberta do SUS

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em parceria com estados, municípios,

instituições públicas de ensino superior e organismos internacionais para oferta de cursos de pós-graduação e de extensão universitária. A UNA-SUS tem como finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio de cursos à distância, utilizando a internet como veículo de atualização profissional ao longo da vida (34)

Instituída pelo Decreto 7.385 de oito de dezembro de 2010, tem os seguintes objetivos:

1. Propor ações visando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;
2. Induzir e orientar a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS, pelas instituições que integram a Rede UNA-SUS;
3. Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;
4. Contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da equalização da oferta de cursos para capacitação e educação permanente;
5. Contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde (35).

O Sistema Universidade Aberta do SUS é composto pelos seguintes elementos:

1. Rede UNA-SUS: rede de instituições públicas de educação superior credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação à distância e conveniadas com o Ministério da Saúde para atuação articulada.
2. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (Acervo UNA-SUS): acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores;
3. Plataforma Arouca: base de dados nacional, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional (34).

A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) coordena um projeto envolvendo professores das áreas de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem e Informática. O desenvolvimento e a coordenação das atividades específicas da área de Odontologia são realizadas

através de uma parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O curso é organizado em um bloco de Módulos de Campo e um bloco de Módulos de Núcleo, utilizando a conceituação de Campos (2000). No primeiro bloco, com duração de nove meses, são discutidas as questões de Saúde Coletiva como Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Abordagens em Saúde individual, familiar e comunitária; Epidemiologia aplicada a APS; questões relacionadas ao Trabalho em Equipe, como Ética e Situações de Violência. Nesta primeira etapa do curso os alunos são acompanhados por tutores a distância, que ficam responsáveis por 50 alunos cada, e também pelos professores de cada unidade de conteúdo. Ao final de cada semestre são realizadas atividades presenciais nos pontos de apoio com a presença dos professores para a realização do fechamento do período (36).

A UNA-SUS pressupõe uma aprendizagem ativa, fundamentada a partir de saberes que o aluno traz de sua prática cotidiana, de suas experiências no trabalho e na vida. O trabalhador se torna o próprio coordenador de seus estudos, conforme o seu tempo disponível (34).

O processo de aprendizagem é centrado no profissional estudante, onde se reconhece que o saber é construído diariamente por todas as pessoas. Nesse contexto, se valoriza o saber produzido no serviço, experiência e no conhecimento prévio de cada aprendiz. Dessa forma, o professor atua não como aquele que detém todo o conhecimento e sim como um facilitador da aprendizagem (34).

Assim, abordagem proposta pela UNA-SUS é de aprendizagem e não de ensino. Admite-se que cada profissional estudante possui um tempo próprio para a aquisição de novos conhecimentos e para atingir as metas propostas processo de aprendizagem, por isso a educação permanente tem que se adaptar a essa realidade (34).

3 OBJETIVO

Descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas do curso de especialização em Saúde de Família da UNA-SUS/UFCSPA e os processos de territorialização desenvolvidos por esses profissionais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Impacto da Formação em Saúde da Família na Qualidade da Atenção Básica”, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

4.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Os locais de estudo foram as ESF e USB, onde trabalham os dentistas inscritos no Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA.

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi formada por 66 CDs participantes do Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade a distância oferecida pela UNA-SUS/UFCSPA. Os CDs foram divididos em duas turmas (turma 1 e 2) conforme o período de inscrição para o início do curso.

4.4 AMOSTRA

Foi realizado censo, uma vez que todos os sujeitos pesquisados realizaram o Curso de Especialização em Saúde da Família vinculado ao UNA-SUS/UFCSPA.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estar matriculado no curso de Especialização em Saúde da Família vinculado ao UNA-SUS/UFCSPA.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não autorização do gestor para realização da coleta dos dados para o estudo e/ou Impossibilidade de realizar a coleta de dados em todos os níveis de avaliação.

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada o período junho 2012 a maio 2013 por entrevistadores previamente treinados.

Para a realização das entrevistas, foram utilizados tablets Samsung (modelo Galaxy Tab. 2 – 7.0, Android 2.2, wi-fi, com 16 GB) . Cada tablet continha um aplicativo instalado com as questões do PMAQ.

Todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido deixando claro seu consentimento em participar da pesquisa (Anexo A).

4.8 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Com o intuito de incentivar a qualidade da ESF, buscando alcançar verdadeiramente os princípios constitucionais, o Ministério da Saúde desenvolveu, validou e implantou em 2005 PMAQ, que propõe a integração dos campos da Avaliação e Qualidade e convida os profissionais das equipes de ESF a refletirem sobre seus processos de trabalho e construirão suas próprias soluções a partir da identificação dos problemas. O conjunto dos instrumentos de auto-avaliação do PMAQ compõem ao todo 300 padrões de qualidade, propostos e validados nacionalmente, dirigidos a gestores, coordenadores e profissionais da estratégia saúde da família.

Para responder o presente estudo foram utilizadas em especial as questões referentes ao perfil dos profissionais e ao processo de territorialização (Apêndice A).

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na estatística descritiva as variáveis categóricas foram apresentadas em percentual.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, este projeto de pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo comitê de Ética da UFCSPA.

Os participantes da pesquisa foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas.

Foi solicitado aos entrevistados que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), por via escrita (assinada), informando ainda, que este consentimento garante ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso implicasse em constrangimento ou prejuízo de qualquer ordem.

Este projeto foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por duas turmas de CDs do curso de especialização em saúde da família promovido pela UNA-SUS/UFCSPA, totalizando um total de 114 CDS. Porém, 48 CDS foram excluídos desse estudo devido a não autorização do gestor para realização da coleta dos dados para o estudo e/ou impossibilidade de realizar a coleta de dados em todos os níveis de avaliação (tabela 1).

Quanto a coordenação da equipe, conforme a tabela 2, a grande maioria dos CDs (86,15%) não são coordenadores de equipe. Não existe coordenador em 4,61% das unidades, sendo que apenas 9 % do CDs são coordenadores.

A tabela 3 mostra o tempo de atuação dos CDs nas suas respectivas equipes: 42,4% dos CDs atuam de 1 a 3 anos, 37,9 % trabalham a mais de 3 anos na mesma equipe e 12,1 % a menos de 1 ano.

A grande maioria das equipes de saúde foram compostas por ESF+ESB (83,3%) sendo 1,5% da amostra não possuía saúde bucal em sua equipe. 1,5% dos entrevistados relataram que a sua equipe era do tipo parametrizada com SB e 6,1% definiram sua equipe como “outros”, conforme a tabela 4.

A tabela 5 mostra que maioria da amostra (53%) é contratada sobre o regime estatutário, 24,2% é contratada através de contrato por CLT, 12,1% da amostra é contratada através de emprego público com CLT. 6% dos CDs possuem contratos temporários e 1,5% respondeu que era autônomo.

A grande maioria dos CDs (83,3%) não possui plano de carreira, como mostra a tabela 6.

Quanto ao processo de qualificação, observa-se que a maioria da amostra (42,4%) utiliza a tecnologia EAD através da Una-SUS. Uma pequena parcela da amostra (4,5%) utiliza apenas o Telessaúde e 1,5% dos CDs utilizam outras metodologias para o processo de qualificação, conforme a tabela 7.

A tabela 8 mostra o dados referente ao número de pessoas sob responsabilidade da equipe: 39,4% das equipes possuem uma área de abrangência que varia entre 3001 a 4500 pessoas, 30,3% das equipes tem 4501 ou mais pessoas sob a sua responsabilidade e 28,85 % da amostra possui até 3000 pessoas sob responsabilidade.

Quanto ao critério de vulnerabilidade para definição de pessoas sob responsabilidade da equipe, como mostra a tabela 9, 42,4 % dos CDs responderam que não foi utilizado critérios de risco, 31,8% relatam que foram levados em conta esses critérios e 25,4% não responderam ou não sabem a resposta.

A tabela 10 mostra que a grande maioria dos entrevistados (86,4%) relatou que existe definição da área de abrangência pela equipe, sendo que apenas 9,1% do CDs relaram que tal definição não existe em suas equipes. O equivalente a 4,5% da amostra não sabe ou não respondeu.

Quanto a utilização de mapas com desenho do território de abrangência, 83,3% relataram que fazem uso dessa ferramenta, enquanto que 13,6% não a utiliza. Apenas 3% dos CDs não sabem ou não responderam essa pergunta (tabela 11).

Nossos resultados demonstraram que a utilização do mapa com o desenho do território é pouco explorado, sendo que apenas as microáreas do território são sinalizadas pela maioria da amostra (68%), como mostra a tabela 12. As demais sinalizações pouco empregadas: os grupos de agravo são sinalizados por apenas 13,6% da amostra (tabela 13), as áreas de risco foram são sinalizadas por apenas 6,1% dos entrevistados (tabela 14), equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, e outros) são marcados em apenas 15,2% dos mapas (tabela 15), as redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores, e outros) são sinalizados por 6,1% da amostra (tabela 16), condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta, e outros) são sinalizadas por 3,0% dos entrevistados (tabela 17) e as condições socioeconômicas são sinalizadas por 1,5% da amostra, conforme a tabela 18.

Tabela 1 – Descrição da amostra.

	N
Tuma 1 e 2	114
Alunos excluídos	48
Total	66

Tabela 2 – Questão: O (a) Senhor (a) é coordenador da equipe?(Continua).

Variável: É coordenador da equipe?	N	%
------------------------------------	---	---

Tabela 2 – Questão: O (a) Senhor (a) é coordenador da equipe?(Conclusão).

Variável: É coordenador da equipe?	N	%
Não respondeu	1	1,5
Não	56	84,8
Não há coordenador	3	4,5
Sim	6	9
Total	66	100

Tabela 3 – Questão: Quanto tempo o (a) senhor (a) atua nesta Equipe de Atenção Básica?

Variável: Tempo de Atuação na Atenção Básica	N	%
Menos de 1 ano	8	12,1
1 a 3 anos	28	42,4
3 anos ou mais	25	37,9
Não respondeu	5	7,6
Total	66	100,0

Tabela 4 – Questão: Qual o tipo dessa equipe?

Variável: Tipo de Equipe	N	%
ESF+ESB	55	83,3
ESF S/ ESB	1	1,5
Parametrizada com SB	1	1,5
Não tem ESF	2	3,0
Outros	4	6,1
Não respondeu	3	4,5
Total	66	100,0

Tabela 5- Questão: Qual é o seu tipo de vínculo? (Continua).

Variável: vínculo	N	%
Servidor público estatutário	35	53,0
Contrato temporário por administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	2	3,0
Contrato temporário por prestação de serviço	2	3,0
Emprego público CLT	8	12,1

Contrato CLT	16	24,2
--------------	----	------

Tabela 5- Questão: Vínculo (Conclusão).

Variável: vínculo	N	%
Autônomo	1	1,5
Não respondeu	1	1,5
Total	66	100,0

Tabela 6 – Questão: O(a) senhor (a) tem plano de carreira?

Variável: Plano de carreira	N	%
Não	55	83,3
Sim	9	13,6
Não respondeu	2	3
Total	66	100,0

Tabela 7 – Questão : Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas.

Variável: Educação Permanente	N	%
Telessaúde	3	4,5
EAD/UnA-SUS	25	37,9
Telessaúde E EAD/UnA-SUS	15	22,7
Outros	1	1,5
Não respondeu	22	33,3
Total	66	100,0

Tabela 8 – Questão: Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?

Variável : Pessoas sob responsabilidade da equipe?	N	%
Até 3000	19	28,8
3001 a 4500	26	39,4
4501 ou mais	20	30,3
Não respondeu	1	1,5

Total	66	100,0
-------	----	-------

Tabela 9-Questão: A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?

Variável: Definição de critérios de vulnerabilidade	N	%
Não	28	42,4
Sim	21	31,8
Não sabe/não respondeu	17	25,4
Total	66	100,0

Tabela 10- Questão: Existe definição da área de abrangência da equipe?

Variável: Definição da área de abrangência	N	%
Não	6	9,1
Sim	57	86,4
Não sabe/não respondeu	3	4,5
Total	66	100,0

Tabela 11- Questão: A Equipe de Atenção Básica possui mapas com desenho do território de abrangência?

Variável: Mapas com desenho do território de abrangência	N	%
Não	9	13,6
Sim	55	83,3
Não sabe/não respondeu	2	3
Total	66	100,0

Tabela 12- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Sinalização das microáreas do território.

Variável: Sinalização das microáreas do território	N	%
Sim	45	68,2
Não	9	13,6

Não sabe/não respondeu	12	18,1
Total	66	100

Tabela 13- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Sinalização de grupos de agravos (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros).

Variável: Sinalização de grupos de agravos	N	%
Sim	9	13,6
Não	46	69,7
Não sabe/ Não respondeu	11	16,6
Total	66	100

Tabela 14- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Sinalização das áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares).

Variável: Sinalização das áreas de risco	N	%
Sim	4	6,1
Não	51	77,3
Não sabe/ Não respondeu	11	16,6
Total	66	100

Tabela 15- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, e outros).

Variável: Sinalização dos equipamentos sociais	N	%
Sim	10	15,2
Não	44	66,7
Não sabe/ Não respondeu	12	18,1
Total	66	100

Tabela 16- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores, e outros).

Variável: Sinalização das redes sociais	N	%
sim	4	6,1
Não	50	75,8
Não sabe/Não respondeu	12	18,1
Total	66	100

Tabela 17- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta, e outros).

Variável: Condições étnicas	N	%
sim	2	3,0
Não	52	78,8
Não sabe/Não respondeu	12	18,1
Total	66	100

Tabela 18- Questão: O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: Condições socioeconômicas.

Variável: Condições socioeconômicas.	N	%
sim	1	1,5
Não	53	80,3
Não sabe/Não respondeu	12	16,7
Total	66	100

6 DISCUSSÃO

A ESF é uma fonte de empregos em expansão para o CD no Brasil. Porém, o CD pode sentir-se inseguro de despreparado para exercer suas atividades. Fato esse que se deve a educação voltada para questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (37).

Nesse estudo, observamos que 84,8% dos CD não são coordenadores de equipe. Alguns estudos apontam que tanto o médico como CD, estão, normalmente mais envolvidos com funções consideradas exclusivas de categoria profissional, apontando o profissional enfermeiro como o mais envolvido na coordenação das equipes (38). Alguns autores afirmam que o CD que atua no SUS tem o perfil voltado para clínica. Isso deve a dois fatores: formação acadêmica e expectativa da comunidade e da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico(39).

A maioria dos profissionais atua na mesma equipe de 1 a 3 três anos, resultado esse que vai ao encontro a estudo realizado por Aerts e colaboradores (24). Sendo que mais da metade da amostra é contratada pelo regime estatutário sem plano de carreira. Aerts indica com um dos problemas do SUS, a precarização das relações de trabalho através da contratação de terceirizados sem as devidas garantias trabalhistas. Esse fato pode comprometer o vínculo entre os trabalhadores da saúde e a comunidades, pois se constitui em um fator de desmotivação e insegurança dos profissionais, além da rotatividade profissional(24,40).

Em nossos resultados, observamos que a grande maioria das equipes faz parte da ESF. Atualmente, no Brasil, a ESF cobre um total de 55,78% da população (23).

Quanto a atenção à saúde bucal, a cobertura populacional que era de 15,18% em 2002, passa para 37,31% em 2013, sendo que chegou a cobrir um total de 47,5 % em 2009(23).

As ESB foram inseridas na ESF com o intuito de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal, porém acredita-se que as ações desenvolvidas pelas ESB não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde.(14).

Dessa forma, as políticas de educação permanente são fundamentais, pois com a incorporação de ESB na ESF evidenciou-se limitações de formação do CD (30,31).

Nesse contexto, a UNA-SUS se apresenta como uma medida que visa atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio de cursos à distância, utilizando a internet como veículo de atualização profissional ao longo da vida (34). Em nosso estudo constatamos a grande utilização de tecnologias de educação a distância, dentre as quais está a UNA-SUS, como fonte de educação permanente.

Nossos resultados foram bem equilibrados quanto ao número de pessoas sobre responsabilidade da equipe, sendo observado que 26 equipes (39,4%) possuem entre 3001 a 4500 sob responsabilidade.

A Política Nacional de Atenção Básica recomenda que cada equipe deveria se responsabilizar por, no máximo 4000 pessoas. Recomenda, ainda, que a equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias durante o processo de territorialização, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deveria ser a quantidade de pessoas por equipe(8). Observamos em nosso estudo que a maioria da amostra não faz definição de tal critério, como mostra a tabela 9.

Apesar dos grandes avanços e conquistas em relação ao modelo biomédico, tais características não são totalmente operacionalizadas e percebidas tanto pela comunidade como pelos profissionais de saúde, ficando claro que ainda existem desafio e contradições a serem superadas(18).

Nesse contexto, o território vem sendo tratado de forma parcial sendo operacionalizado apenas para fins administrativos, limitando seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde (2,18).

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas do ESF previamente determinadas.(26,41). O território tem um conteúdo social, político e ambiental e nele está inserido uma população que pode sofrer consequências dos processos de produção e consumo sobre a sua saúde(26). O processo de territorialização permite, ainda, a criação de vínculo entre os serviços de saúde e a população através de práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico(2). Porém, a territorialização ainda se demonstra como

um desafio para os profissionais da AB e vem sendo pouco descrita nos estudos publicados até o momento(42).

Em nosso estudo, observamos que o processo de territorialização se limita a definição da área de abrangência atendida pela equipe (tabela 10) sendo que o mapa com desenho do território de abrangência é utilizado, basicamente, para sinalizar as microáreas do território (tabela 12).

O processo de territorialização implica uma coleta de dados sistemática. Esses dados informam sobre situações-problemas na população e no território em questão. Também servem para identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários. Assim, é possível a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde(26).

Nossos resultados mostraram que tal coleta de dados não é realizada pelos participantes desta pesquisa. Com exceção da demarcação de microáreas, o mapa com desenho e delimitação do território não apresenta maiores sinalizações quanto a: grupos de agravos, áreas de risco, equipamentos sociais, redes sociais, condições étnicas e condições socioeconômicas (tabelas 13, 14, 15, 16,17 e 18 ,respectivamente).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a expansão da ESF no Brasil e a inclusão das ESB, se faz necessário à implementação de políticas que incentivem a reorientação dos serviços de saúde e a contínua capacitação dos profissionais do SUS. Dessa forma, espera-se que as práticas que qualificam a Atenção Básica, dentre elas a territorialização, que é um processo central para a organização do trabalho da ESF, seja efetuada de fato, consolidando o novo modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde Portaria no 648/2006. Cria a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf
2. Maurício M, Christovam B. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saude Publica [Internet]. 2005 [Acesso em 2013 Out 13];21(3):898–06. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Vigilância+em+saúde+e+território+utilizado:+possibilidades+teóricas+e+metodológicas#0>
3. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários [Internet]. 1979. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf
4. Mello G, Fontanella BB, Demarzo MP. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. Rev. APS [Internet]. 2009 [Acesso em 2013 Out 13];12(2):204–2013. Disponível em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/307>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal (Caderno de Atenção Básica) nº 17 [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf
6. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology [Internet]. 2002 [Acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QMm17oCEjrEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Primary+Care:+balancing+health+needs,+services,+and+technology.&ots=1kKtDHMFKa&sig=NzioubSmzKeRVazVKLkblKVUc7U>
7. Rosa W, Labate R. Family Health Program: the construction of a new care model. Rev. Lat. Am. Enfermagem [Internet]. 2005 [Acesso em 2013 Out 13];13(6):1027–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
9. Silva IZ de QJ da S, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica ea interação entre os profissionais. Interface-Comunicação, Saúde, Educ. [Internet]. 2005 [Acesso em 2013 Out 13];9(16):25–38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n16/v9n16a03.pdf>
10. Silveira Filho A. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia Saúde da Família.. In: Moysé ST, Kriger L, Moysés SJ, editores. saúde bucal das família trabalhando com evidências.São Paulo: Artes Médicas; 2008.p.65.
11. Dalpiaz A, Stedile N. Estratégia Saúde Da Família: Reflexão Sobre Algumas De Suas Premissas. In: Anais da V Jornada Internacional de Políticas

- Públicas; 2011; São Luiz. .[Acesso em 2013 out 13]. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE_ALGUMAS_D E_SUAS_PREMISSAS.pdf
12. Souza T, Roncalli A. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2007 [Acesso em 2013 Out 13];23(11):2727–39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100020&script=sci_arttext
 13. Barbosa A, Brito E, Costa I. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Brazilian Dent. Sci.* [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 Out 13]; Disponível em: <http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/viewArticle/286>
 14. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília; 2002.
 15. Brasil, Ministério da Saúde. informe da atenção básica n.º 48. Brasília; 2008.
 16. Heinzemann R. Avaliação da efetividade de um curso de especialização em saúde da família para qualificação da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012 [Acesso em 2013 Out 13]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/71284>
 17. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde [Internet]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
 18. Santos A, Rigotto R. Territory and territorialization: incorporating the production, labor, environment, and health relations in primary health care. *Trab. Educ. e Saúde* [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 Out 13];8(3):387–406. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_arttext
 19. Pereira MPB, Barcellos C. o território no programa de saúde da família. [Internet]. 2006 [Acesso em 2013 Out 13];2(2):47–55. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9273>
 20. Fonseca A, Corbo A. O território eo processo saúde-doença. ... e docência em saúde a formação eo ... [Internet]. 2007 [Acesso em 2013 Out 13]; Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=625955&indexSearch=ID>
 21. Costa R, Junior A, Costa Í, Pinheiro I. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. *ROBRAC* [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 Out 13];19(51):327–32. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v19n51/a2536.pdf>

22. Coelho M, Costa S, Martelli R, Junior H. Dentistry in the context of a unified health system in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. *Arq Odontol*. 2011;47(2):65–72.
23. Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=cirurgiao_dentista
24. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2004 [Acesso em 2013 Out 13];9(1):131–8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>
25. Rodrigues M. O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte [Internet]. 2001. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm.
26. Fiocruz: Educação Profissional e Docência em Saúde [Internet]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2
27. Ministério da Saúde B. Portaria GM 198 [Internet]. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>
28. Ceccim RB. Permanent Education in Health : decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975–86.
29. Peduzzi M, Del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM da. Educational activities for primary healthcare workers: permanent education and inservice healthcare education concepts in the daily life of primary healthcare units in São Paulo. *Interface comun. saúde educ* [Internet]. [Acesso em 2013 Out 13];13(30):121–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011
30. Nunes MDF, Pereira MF, Alves RT, Leles CR. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em dst/hiv/aids [Internet]. *Interface comun saúde educ*. 2008. p. 413–20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
31. Bastos J, Aquilante A. Professional profile analysis of dentists graduated at Bauru dental School-University of São Paulo between 1996 and 2000. *J. Appl. Oral Sci*. [Internet]. 2003 [Acesso em 2013 Out 13]; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-77572003000400003&script=sci_arttext&lng=es
32. Telessaúde Brasil [Internet]. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>

33. Castro Filho ED. Telessaúde no apoio a médicos da atenção primária.[Dissertação] Porto Alegre(RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
34. Porta UnaSUS/UFCSPA. [Acesso em 2013 Nov 3]. Disponível em: <http://unasus.ufcspa.edu.br/>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7385. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS [Internet]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm37. Curso de Especialização em Saúde da Família.
36. Porta UnaSUS. [Acesso em 2013 Nov 3]. Disponível em: <http://unasus.edu.br/>
37. Araújo YP de, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Cien. Saude Colet. [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2006 Mar [Acesso em 2013 Nov 3];11(1):219–27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
38. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. Associação Brasileira de Enfermagem; 2009 Apr [Acesso em 2013 Nov 3];62(2):265–71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
39. Araújo Y, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Cien Saude Colet [Internet]. 2006 [Acesso em 2013 Out 13];11(1):219–27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29467.pdf>
40. Cericato GO, Garbim D, Fernandes APSF. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. Rev. da Fac. Odontol. [Internet]. 2010 [Acesso em 2013 Out 13];12(3):18–23. Disponível em: <http://www.perguntaserespostas.com.br/seer/index.php/rfo/article/view/1065>
41. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. Unified Health System, assistance models and health surveillance. Inf. epidemiol. SUS [Internet]. [Acesso em 2013 Nov 10];7(2):7–28. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=233466&indexSearch=ID&lang=p>
42. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Cien. Saude Colet. [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2013 Jan [Acesso em 2013 Nov 4];18(1):221–32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE Impacto da formação em saúde da família na qualidade da atenção básica.

Nome completo do entrevistado: _____

(preenchido em letra de forma)

Idade: _____ Gênero: _____

Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem por objetivo Avaliar o impacto da formação em Saúde da Família para a qualificação dos serviços de atenção primária a saúde dos municípios do RS, após a realização da qualificação dos profissionais através do Curso de Especialização em Saúde da Família vinculado ao UNA-SUS, do Ministério da Saúde.

Antes de concordar em participar da pesquisa, é muito importante compreender as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores vão responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão.

Sua participação é totalmente **VOLUNTÁRIA. NÃO É OBRIGATÓRIA.**

O Sr.(a) foi selecionado(a) para este estudo por estar vinculado ao UNA-SUS através do curso de Especialização em saúde da Família da UFCSPA.

Para participar desta pesquisa, o Sr.(a) deverá responder questionários com dados de identificação, informações relacionadas ao seu local e ao processo de trabalho. Este procedimento será realizado pelo menos duas vezes, uma ao início e outra ao termino do estudo.

Alem de responder aos instrumentos desta pesquisa, o Sr(a) irá receber informações de como proceder quanto a percepção de alguns itens da sua rotina de trabalho.

Ao participar desta pesquisa o Sr.(a) terá como benefícios a possibilidade de conhecer a presença da atenção primária a saúde e as características da estrutura das Unidades Básicas de Saúde, além de conhecer a Qualidade da Atenção Básica onde está inserido, podendo posteriormente intervir junto a ela de acordo com o conhecimento que será adquirido durante seu aprimoramento.

O Sr.(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que possa lhe trazer constrangimento ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo.

Salientamos que todas as **INFORMAÇÕES FORNECIDAS** serão **CONFIDENCIAIS** e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. As pessoas participantes da pesquisa não serão identificadas em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer formato de comunicação.

Não haverá **DESPESAS** para a realização dos procedimentos apresentados em qualquer fase desta pesquisa. Da mesma forma, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

Consentimento:

Estou suficientemente informado a respeito desta pesquisa que tem por objetivo Avaliar o impacto da formação em Saúde da Família pelo sistema UNA-SUS para a qualificação dos serviços de atenção primária a saúde dos municípios do RS, após a realização da qualificação dos profissionais através do Curso de Especialização em Saúde da Família vinculado ao UNA-SUS do Ministério da Saúde. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de custos. Os investigadores responderam a todas as perguntas até sua completa satisfação. Portanto, se você concorda em participar do estudo, este formulário de Consentimento Informado deverá ser assinado. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e/ou sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do participante/representante

legal: _____

Numero da Carteira de Identidade:

ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética da UFCSPA.

Pesquisador responsável: Dr. Rodrigo Della Múa Plentz

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, Sala 606. Porto Alegre/RS.

Telefone: (51) 3303 8833 (51) 9179 4399 (de segunda a sexta-feira, entre 9 e 17h)

Nome do investigador: M.Sc. Giovani Sturmer

Telefone: (54) 9605-8192 (54) 8154-6390 (de segunda a sexta-feira, entre 9 e 17h)

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE A

II.3		Informações sobre o entrevistado		
II.3.4	O (a) Senhor (a) é coordenador da equipe?		Sim	
			Não	
II.3.5	Quanto tempo o (a) senhor (a) atua nesta Equipe de Atenção Básica?		Menos de 1 ano	
		==	Anos	
			Não sabe/não respondeu	
II.4		Modalidade e Profissionais que Compõem a Equipe de Atenção Básica		
II.4.1	Qual tipo desta equipe?		Equipe de saúde da família – com saúde bucal	
			Equipe de saúde da família – sem saúde bucal	
			Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	
			Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal	
			Não sabe / não respondeu	
			Outros	
II.6		Vínculo		
II.6.2	Qual é seu tipo de vínculo:		Servidor público estatutário	
			Cargo comissionado	
			Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	
			Contrato temporário por prestação de serviço	
			Empregado público CLT	
			Contrato CLT	
			Autônomo	
			Outros	
II.7		Plano de carreira		
II.7.1	O (a) senhor (a) tem plano de carreira? <i>Se não ou não sabe/não respondeu passar para questão II.7.5</i>		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.8		Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas		
II.8.2	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: <i>Se não para Telessaúde, passar para questão II.8.4</i>	S	N	Telessaúde
		S	N	EAD/UNASUS
		S	N	RUTE – rede universitária de telemedicina
		S	N	Cursos presenciais
		S	N	Troca de experiência
		S	N	Tutoria/preceptoria
		S	N	Outros
II.13		Territorialização e população de referência da Equipe de Atenção Básica		
II.13.1	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?	—	Pessoas	
			Não sabe/não respondeu	

II.13.2	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.13.3	Existe definição da área de abrangência da equipe?		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.13.4 D	A Equipe de Atenção Básica possui mapas com desenho do território de abrangência? Se <i>não</i> , passar para a questão II.13.7.		Sim	
			Não	
			Não sabe/não respondeu	
II.13.5 D	O mapa apresentado pela Equipe de Atenção Básica contém quais itens: <i>O entrevistador deverá ler as opções. Informar para o entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.</i>	S	N	Sinalização das microáreas do território
		S	N	Sinalização de grupos de agravos (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros)
		S	N	Sinalização áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)
		S	N	Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, e outros)
		S	N	Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores, e outros)
		S	N	Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta, e outros)
		S	N	Condições socioeconômicas
				Não sabe/não respondeu