

Conhecimento dos cirurgiões dentistas da Atenção Primária à Saúde sobre anomalias craniofaciais: fase de análise do modelo ADDIE

Knowledge of dental surgeons of primary health care about craniofacial anomalies: phase of analysis of the ADDIE model

Erivelton Coutinho¹, Edilma da Cruz Cavalcante², Cíntia Ferreira Alves³, Amanda Almeida de Oliveira⁴, Liliane Elise Souza Neves⁵, Rui Manuel Rodrigues Pereira⁶, Monica Cristina Batista de Melo⁷, Manoela Almeida Santos da Figueira⁸

RESUMO

Objetivou-se fazer uma análise do conhecimento e dificuldades dos cirurgiões dentistas (CD) da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento a pacientes com anomalias craniofaciais como etapa preliminar no planejamento de estratégia educacional. Esse nível da atenção é fundamental para manutenção da saúde bucal. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com participação de sete CD de um Distrito Sanitário (DS) no município do Recife, selecionados por conveniência. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um roteiro com perguntas disparadoras, que foram gravadas em um aparelho de áudio, fielmente transcritas e submetidas à técnica de Análise Temática de conteúdo. Foram apontadas a falta de conhecimento sobre anomalias craniofaciais pelo CD e a falta de segurança em possíveis atendimentos na APS. Acredita-se que a falta de conhecimento seja a principal lacuna que interfere no desempenho do CD da APS no cuidado desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Anormalidades craniofaciais. Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Educação continuada.

ABSTRACT

The objective was to analyze the knowledge and difficulties of dentists (CD) of Primary Health Care (APS) in the care of patients with craniofacial anomalies as a preliminary step in planning an educational strategy. This is a study with a qualitative approach, with the participation of 07 CD from a Sanitary District (DS) in the municipality of Recife, selected for convenience. Data collection took place through semi-structured interviews, using a script with triggering questions, guiding questions, which were recorded on an audio device, faithfully transcribed, and submitted to the Thematic Content Analysis technique. It was pointed out the lack of knowledge about craniofacial anomalies by the CD and the lack of security in possible visits to APS. It is believed that the lack of knowledge is the main gap that interferes in the performance of the CD in APS in the care of these patients.

KEYWORDS: Craniofacial abnormalities. Oral health. Primary health care. Continuing education.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: novembro de 2020 – Aceito: abril de 2021

¹ Residente de Odontologia em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Recife (SESAU). E-mail: coutinhoerivelton@hotmail.com

² Residente de Odontologia em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Recife (SESAU).

³ Residente de Odontologia em Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde de Recife (SESAU).

⁴ Doutora em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

⁵ Mestranda em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

⁶ Doutor em Clínica Cirúrgica pela Universidade de São Paulo (USP).

⁷ Doutora pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira -IMIP. Docente na graduação e pós-graduação na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

⁸ Doutora em Odontologia (Clínica Integrada) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Ortodontista do Centro de Atenção aos Defeitos da Face do IMIP - CADEFI.

INTRODUÇÃO

As anomalias craniofaciais são defeitos congênitos que envolvem a região do crânio e/ou da face, responsáveis por implicações funcionais, comprometimentos estético e psicossocial dos pacientes acometidos¹, dentre as quais, as fissuras labiopalatinas são as mais prevalentes², 1:700 nascidos vivos no mundo³ e de 1,54:1000 nascidos vivos no Brasil⁴.

Por ser um grupo diverso e complexo, preconiza-se internacionalmente que o tratamento das anomalias craniofaciais ocorra em centros especializados⁵, com foco no trabalho em equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, onde a atuação implica no compartilhamento e potencialização das ações, de modo que a integração dos diferentes saberes possa satisfazer às necessidades globais dos usuários^{6,7,8}.

Há que se considerar, ainda, o potencial da Atenção Primária à Saúde (APS) de contribuir com o tratamento integral desses usuários, envolvendo a prevenção e promoção da saúde⁹. Assim, no que se refere à saúde bucal, esses pacientes apresentam alterações que aumentam o risco de cárie e doença periodontal, limitações decorrentes de cirurgias reparadoras que dificultam a higienização, bem como a utilização de aparelhos ortodônticos e protéticos¹⁰, reforçando a necessidade do acompanhamento por Cirurgião dentista (CD) da APS para manutenção da saúde bucal.

Estudos sobre o atendimento odontológico de pacientes com anomalias craniofaciais na APS são escassos na literatura. , Em estudo com 53 CD que atuavam na rede municipal de Pelotas – RS, os autores¹⁰ relataram que a malformação congênita, fissura labiopalatina, não representava impedimento para a realização de procedimentos odontológicos clínicos básicos, sendo a falta de informação sobre o tema um impedimento à atuação desses profissionais. Além disso, tratamentos de baixa complexidade como aplicação tópica de flúor e Tratamento restaurador atraumático (ART) foram apontados como procedimentos importantes para esses usuários¹¹.

Essa falta de informação do CD da APS sobre as anomalias craniofaciais demonstra a necessidade de um aprofundamento sobre o tema buscando soluções que possam contribuir para melhorar a prática e o cuidado odontológico na APS. Nesse contexto, o modelo ADDIE de Desenho Instrucional é uma ferramenta capaz de desenvolver atividades educacionais de uma forma sistemática e coerente. Esse modelo está organizado em cinco fases (Análise, Desenho, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação)¹²e por meio de cada uma é possível fazer: o diagnóstico situacional, identificando os problemas que interferem no desempenho; definir os objetivos de aprendizagem, conteúdos e sua sequência; definir os recursos, ferramentas e tecnologias a serem utilizados; executar a intervenção; e avaliar constantemente suas fases. Assim, diante de uma intervenção pretendida, cada fase acrescentará

elementos, de modo que, ao final, possa ser desenvolvida uma estratégia capaz de responder às demandas identificadas na primeira fase¹².

Realizar a fase de análise é o passo inicial para conhecer e entender os problemas que interferem no desempenho do CD na APS e assim dar início à construção de uma estratégia educacional, a partir daquilo que for identificado como necessidades educacionais.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento e dificuldades de CD da APS no atendimento a pacientes com anomalias craniofaciais como etapa preliminar no planejamento de estratégia educacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, subproduto de uma atividade que integra uma das ações do Programa de Teleeducação do Centro de Atenção aos Defeitos da Face do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CADEFI-IMIP), responsável por “desenvolver projetos educacionais na modalidade a distância por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação -TICs e tem como objetivo contribuir com a formação de trabalhadores do SUS”¹³. A pesquisa qualitativa visa responder a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado^{14,15}. Assim, esperava-se criar conhecimentos a partir do entendimento da realidade desses profissionais, visando à realização da fase de Análise do modelo ADDIE.

O número de participantes do estudo foi estabelecido por conveniência, considerando-se como meta convidar todo o quantitativo de CD pertencentes a um Distrito Sanitário (DS) no município do Recife, cidade de localização do CADEFI-IMIP. Foram convidados a participar aqueles que atuavam na APS há pelo menos cinco anos, o que resultou em um total de sete profissionais.

Para a construção dos dados utilizou-se um questionário com perguntas sobre idade, sexo e nível de formação para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes e entrevista semiestruturada com roteiro elaborado pelos pesquisadores com perguntas disparadoras sobre o tema objeto do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Roteiro da entrevista semiestruturada

| PERGUNTAS DISPARADORAS |
|---|
| Poderia comentar se teve contato com o tema das anomalias craniofaciais durante a graduação e em que momento se for o caso? |
| Você atende ou já atendeu pacientes com anomalias craniofaciais aqui na Unidade básica de Saúde (UBS)? Poderia comentar? |
| Você identifica dificuldades no atendimento aos usuários com anomalias craniofaciais aqui na UBS? |
| Poderia comentar de que tipo? |

(Conclusão)

| PERGUNTAS DISPARADORAS |
|--|
| Você acha que esses pacientes podem ser atendidos na Atenção primária? |
| Poderia comentar como você considera o seu conhecimento sobre anomalias craniofaciais para sua rotina prática na APS? |
| Você costuma encaminhar pacientes para algum centro que cuide especificamente de pacientes com anomalias craniofaciais? |
| Poderia justificar esse encaminhamento quando acontece? |
| Você conhece algum centro especializado no atendimento do paciente com anomalia craniofacial? |
| Você poderia dizer os nomes? |
| Considerando os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário). Qual seria o mais indicado pra realizar procedimentos como restaurações, profilaxia e exodontias simples nesses pacientes? |
| Poderia comentar? |

Fonte: elaborado pelos autores

Os participantes foram convidados, informados sobre os procedimentos da pesquisa e que receberiam feedback dos resultados, leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após autorização, foi dado início à coleta. Primeiro foi respondido ao questionário sociodemográfico e depois à entrevista, ambos gravados em aparelho de áudio, realizados de forma individual, conduzida por um dos pesquisadores, em ambiente reservado no consultório odontológico do serviço em que o profissional trabalhava, após o atendimento dos pacientes agendados. Ao término de cada entrevista foi perguntado aos participantes se gostariam de ouvir a gravação. Ao todo foram 95 minutos e 47 segundos de gravações, que foram fielmente transcritas em um total de 34 páginas. Para respeitar o anonimato dos participantes foram atribuídos códigos às suas identificações, letras do alfabeto (Dentista A, B,...).

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise temática de conteúdo, de acordo com Minayo^{14,15}, a qual consiste em realizar leituras exaustivas dos textos transcritos das entrevistas de modo a buscar uma aproximação com o conteúdo e entender o que as falas traziam de mais relevante. Posteriormente, foram feitos recortes dos trechos das entrevistas que representavam a mesma ideia e estes foram agrupados. Em outro momento, foram realizadas novas leituras a partir dos núcleos de sentido, fazendo-se uma filtragem dos conteúdos mais relevantes aos objetivos da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 04273218.0.0000.5201), de acordo com as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasil¹⁶, atendendo aos aspectos éticos de pesquisa. A autorização foi obtida por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a leitura pelos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos sete CD participantes, dois são do sexo masculino e cinco feminino, na faixa etária entre 39 e

59 anos, com pelo menos uma especialidade dentro das seguintes áreas: Saúde Coletiva, Endodontia, Ortodontista, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Saúde da Família, Saúde Pública, Implantodontia, Gestão na Área da Saúde, Auditoria em Sistemas de Saúde e um com mestrado em Clínica Integrada. Embora diversos quanto ao grau de especialização, percebeu-se um grupo bastante homogêneo no tocante ao conhecimento, dificuldades, dúvidas e incertezas acerca do atendimento a esses pacientes. Um maior nível de formação foi apontado como fator capaz de melhorar a qualidade do atendimento¹⁷.

A análise temática de conteúdo resultou nas seguintes categorias: Conhecimentos teórico-práticos nas anomalias craniofaciais; Conhecimento sobre o cuidado de pessoas com anomalias craniofaciais; Dificuldades de atendimento; e, Educação na saúde.

Conhecimentos teórico-práticos nas anomalias craniofaciais

O material obtido nos dá subsídios para entender sobre experiências durante a formação acadêmica na graduação e durante a prática profissional na APS, relacionadas ao tema das anomalias craniofaciais. No que se refere à primeira, os participantes afirmam que houve uma escassa abordagem sobre anomalias craniofaciais, como pode ser observado nos trechos a seguir:

“A gente dá uma pincelada em ortodontia né, uma coisa bem assim, sutil” (Dentista C, feminino).

“A gente fez aquelas disciplinas básicas de anatomia, de cirurgia, mas nada de aprofundamento não” (Dentista E, feminino).

Os cursos da Graduação em Odontologia apresentam padrões curriculares que levam os estudantes a uma limitação quanto à promoção e prevenção em saúde¹⁸, o que parece acontecer com a abordagem das anomalias craniofaciais. Nesse ponto, se faz necessário um conteúdo amplo o suficiente que seja capaz de produzir mudanças na prática do CD, sobretudo a nível de APS.

Sabe-se que desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DNCs) de Odontologia¹⁹ até a resolução mais atual do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para direcionar a elaboração das novas diretrizes para cursos de saúde⁸ é ressaltada a importância da formação à luz dos princípios do SUS, considerando a perspectiva multidisciplinar e interprofissional com ênfase na integralidade da atenção e em resposta às necessidades sociais em saúde⁷. Espera-se que o CD não enxergue a pessoa com anomalias craniofaciais como diferente e saiba reconhecer a importância de trabalhar interprofissionalmente, buscando interlocução com os centros especializados e realizando o seu papel de cuidar em seu nível de atuação.

Com relação às vivências durante a prática profissional, a maioria dos entrevistados relatou ser

raro ou não ter realizado atendimento de pacientes com anomalia craniofacial na APS.

“Ainda não me deparei com nenhuma necessidade assim” (Dentista A, Feminino).

“Eu já atendi um paciente que ele tem éee... o crânio é maior que o normal, no caso na macrocefalia” (Dentista B, Feminino).

“Não. Muito raro aparecer” (Dentista F, Masculino).

O acesso preferencial aos serviços de saúde deve ocorrer por meio da APS como forma de fortalecimento da assistência no SUS⁹. No caso das unidades estudadas, parece que o atendimento odontológico a pacientes com anomalias craniofaciais não constitui uma demanda frequente. Isso pode estar relacionado com o fato de os usuários desse município terem à disposição o atendimento em outros pontos da rede do SUS, como é o caso do CADEFI-IMIP, um grande centro de referência.

Além disso, o contexto em que se dão as condições de trabalho desses profissionais como indisponibilidade de insumos e infraestrutura precária podem influenciar nos atendimentos.

“Aquele que precisa de uma contenção, de algo mais a gente não consegue por falta de estrutura física (...). Se a gente precisava de alguma sedação pra atender aquele tipo de paciente entendeu? A gente não tem às vezes esse tipo de medicação” (Dentista G, Feminino).

“Eu pra atender uma criança a mãe não pode ficar dentro da sala, o meu ajudante tem dificuldade de ficar me ajudando porque não cabe ele do outro lado da cadeira entendeu? Um local de trabalho pequeno, úmido, escuro, entende?” (Dentista D, Masculino).

Cabe destacar que a qualidade do trabalho dos profissionais pode ser afetada por más condições como a falta de recursos para a adequada execução do trabalho e infraestrutura dos serviços²⁰, concordando com a percepção apontada pelos CD. Nesse sentido, o atendimento aos pacientes com anomalia craniofacial, assim como aos demais usuários, poderá ser prejudicado se os serviços de saúde não oferecerem as condições mínimas para realização de tratamento odontológico com segurança e qualidade. Logo, a existência de um nó crítico na entrada desses pacientes na APS pode estar também relacionado aos fatores acima citados.

Conhecimentos sobre o cuidado de pessoas com anomalias craniofaciais

Dentre as anomalias craniofaciais, as mais citadas foram as fissuras de labiopalatinas, além dessas, tiveram destaque outras condições que não se enquadram no escopo das anomalias craniofaciais, o que demonstra falta de conhecimento sobre o tema.

“As fissuras lábio ou labiais ou palatinas, assim. São novidades assim né, a gente não se deparava com microcefalia. [...] às vezes eu recebo um paciente adulto, mas com necessidades especiais [...] eu recebi semana passada aqui um paciente com espasmos musculares assim [...] o que chegou foi mais comprometimentos neurológicos né [...]. Então, às vezes, elas falam né, um cadeirante (pausa) são condições né” (Dentista A, Feminino).

“Tem as fissuras, acho que é mais comum na odonto né, a fissura labial, do palato mole, do palato duro” (Dentista G, Feminino).

Os resultados reforçam o entendimento de que as fissuras labiopalatinas são as mais citadas por serem as mais comuns². Para a Odontologia, o paciente com necessidade especial é todo aquele que apresenta limitações, que podem ser temporárias ou permanentes, que o impeça de ser submetido ao tratamento odontológico convencional²¹. Já a pessoa com deficiência engloba impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em contato com outros obstáculos, podem impedir sua participação completa e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas²².

A importância do entendimento desses conceitos, bem como a identificação das necessidades do paciente são fundamentais para que não sejam utilizados como critério de negativa ao atendimento, claro que respeitando as atribuições da APS.

Quando explorado o conhecimento dos participantes sobre os serviços que atendem os pacientes com anomalia craniofacial, todos citaram o IMIP, além da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Porém, foram citados serviços de referência no atendimento de pacientes com necessidades especiais como o Hospital Geral de Areias e apenas um dos entrevistados reconheceu o CADEFI como centro de referência no tratamento à anomalia craniofacial, como pode ser identificado nas falas dos participantes:

“Olha, a princípio a gente manda direto pro dentista que é especialista em necessidades especiais [...] a AACD recebe esses pacientes. É sempre um parceiro, o IMIP” (Dentista A, Feminino).

“Minha referência é o IMIP, é a clínica de fissurados, tem um nome específico, então não tem burocracia nenhuma você chegar e enviar” (Dentista E, Feminino).

“Hospital da Face no PAN de Areias; eu sei que no IMIP tem um trabalho bastante interessante com pacientes fissurados” (Dentista B, Feminino).

Sabe-se que os centros especializados são indispensáveis no tratamento do paciente com anomalia craniofacial⁵, por isso, é fundamental que os profissionais da APS tenham conhecimento para que haja maior articulação entre esses níveis de atenção, no sentido de construir um cuidado compartilhado, integral e resolutivo.

Assim, o conhecimento dos profissionais sobre esses serviços que atendem os pacientes com anomalias craniofaciais é uma ferramenta potente capaz de contrapor a existência dos fluxos descontínuos de referência e contrarreferência, o que contribui com a fragilidade na continuidade do cuidado²³. Desta forma, fica evidente a necessidade de integração entre os serviços em rede no sentido de fortalecer o papel da APS como ordenadora do cuidado.

As respostas dos entrevistados apontam ainda para uma insegurança em possíveis atendimentos de pacientes com anomalias craniofaciais.

“Não, 100% seguro, não. Talvez eu, como eu falei, tentasse fazer algumas coisas básicas que permitisse dentro da minha limitação (Dentista D, Masculino).

O desconhecimento sobre a patologia constitui um obstáculo ao tratamento odontológico para esses pacientes²⁴. Assim, entendeu-se que a falta de conhecimento sobre o assunto poderia contribuir para essa insegurança em possíveis atendimentos. Fica evidente, mais uma vez, a necessidade de suprir essas necessidades educacionais como forma de melhorar o cuidado aos pacientes com anomalias craniofaciais.

Dificuldades no atendimento

Nessa categoria, procurou-se entender os fatores que poderiam representar impedimentos ao atendimento desses pacientes na APS explorando os subtemas: dificuldades relacionadas ao manejo do paciente com anomalia craniofacial, falta de comunicação na rede de cuidado e tratamento odontológico na APS.

Entre as dificuldades relacionadas ao manejo do paciente com anomalia craniofacial na APS, destaca-se a conduta do encaminhamento, como é possível observar a seguir.

“Encaminho meu filho, na hora, nem penso, nem pestanejo [...]” (Dentista C, feminino).

“Atenderia normalmente, se não, eu encaminharia [...], encaminharia para os serviços especializados” (Dentista B, Feminino).

O acolhimento consiste em práticas de saúde que visam tornar os serviços capazes de responder às reais necessidades do usuário, garantindo acesso integral e resolutivo às demandas e respeitando sua singularidade^{25,26,27}. Nesse contexto, ouvir e acolher são posicionamentos do profissional de saúde que fazem toda a diferença na qualidade do cuidado, mesmo quando é necessário o encaminhamento para serviços de referência diante da impossibilidade de realização do atendimento clínico no serviço procurado.

Sendo assim, o atendimento a pacientes na APS, seja ele com anomalia craniofacial ou não, precisa estar voltado para o fortalecimento de práticas transformadoras capazes de transpor aquelas centradas na doença.

Foram apontadas dificuldades relacionadas ao atendimento odontológico de pacientes com anomalias craniofaciais na APS: limitação de abertura bucal, aspiração de corpos estranhos e alterações da anatomia da boca.

“[...] uma limitação de abertura bucal, se é um paciente que mexe muito a cabeça; quando você vai usar a turbina, talvez a água, do paciente ele acaba engolindo ou regurgitando” (Dentista D, Masculino).

“Eu acredito que seja difícil [...] você sugar, a presença de corpos estranhos” (Dentista B, Feminino).

“Quando o paciente tá fissurado, dependendo, da amplitude assim, da lesão a gente vai ter, vai modificar sim, a anatomia” (Dentista A, Feminino).

Os pacientes com fissura labiopalatina, por exemplo, apresentam muito mais anomalias dentais que os indivíduos sem fissura como anodontias, agenesias, retardo de erupção, erupções ectópicas, maloclusões, entre outras²⁸, além do maior risco de cárie e doença periodontal¹⁰. Ainda assim, o atendimento de uma pessoa não reabilitada, o que é mais comum em crianças, requer cuidados maiores quanto ao risco de aspiração de corpos estranhos, sendo recomendado o uso de isolamento absoluto^{29,30}.

Apesar dessas particularidades reportadas na literatura, é fundamental que o CD da APS encare esse paciente como os demais, estabelecendo um programa de orientação quanto aos autocuidados como alimentação, higiene bucal, prevenção de problemas bucais³⁰. Logo, para o tratamento odontológico desses pacientes, o profissional deve estar preparado para identificar alterações que podem ter um maior risco de aparecer associadas às anomalias, bem como, a melhor conduta para cada caso.

O trecho seguinte destaca a falta de comunicação entre os níveis de atenção como mais uma dificuldade.

“A grande dificuldade hoje é que existem esses três níveis, mas eles não se comunicam. Existe uma regulação, mas eles não trabalham em conjunto. Ah! Eu termino aqui aí é contigo, te vira. Passa pra o outro. E o outro. [...] E aí? Aí algumas coisas se perdem no meio do caminho, informações que podem tá sendo articuladas pra atender esses pacientes” (Dentista F, Masculino).

A falta de comunicação entre os níveis assistenciais é uma barreira no acompanhamento do usuário ao longo da rede³¹. Portanto, serviços que não se comunicam dificilmente vão conseguir suprir as necessidades em saúde dos usuários, sendo este, um ponto crucial na fragmentação do cuidado e desarticulação dos pontos de atenção, que deixam de atuar em rede passando a trabalhar de forma isolada e, portanto, menos resolutivos.

Quando se investigou sobre a possibilidade da realização de atendimento odontológico na APS e quais procedimentos poderiam ser realizados, houve aqueles que se mostraram favoráveis à realização de procedimentos dentro das atribuições desse nível de atenção.

“Eu acho que só casos mais complexos é que não. Mas assim, de maneira geral, eu acho que podem, fazer o tratamento normal, restaurador, profilático, cirúrgico dependendo, eu acho que normal” (Dentista B, Feminino).

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo¹⁰, onde os CD concordaram com a possibilidade de realização de procedimentos básicos em saúde bucal, como exodontias simples, profilaxias e restaurações em pacientes com anomalias craniofaciais na APS. Porém, não se pode excluir o contexto de atuação dos profissionais, levando em consideração as particularidades e realidade de cada

área.

Não obstante, outros entrevistados se mostraram completamente contrários.

“Então esse tipo de paciente que requer todo um cuidado eu não recomendaria não na atenção básica, hoje entendeu? Eu não recomendaria, eu encaminharia pra um secundário ou até mesmo, porque o que a gente escuta da atenção secundária que também não é lá essas coisas todas, até um terciário né” (Dentista G, Feminino).

Na perspectiva de parte dos entrevistados parece que a APS não tem estrutura para atender os pacientes com anomalias craniofaciais. Contrário a isso, os pacientes com fissuras labiopalatinas, por exemplo, podem receber atendimento na APS, apenas os casos de maior complexidade é que devem ser referenciados¹¹.

Cabe destacar que, não temos a pretensão de defender o atendimento odontológico de pacientes na APS sem considerar as limitações, principalmente em casos de maior complexidade. O atendimento a pacientes com anomalias craniofaciais no SUS conta com a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF), formada por centros especializados, 29 no total³². Precisa haver a articulação e cooperação entre os níveis de atenção, com criação de fluxos de referência e contrarreferência para que haja continuidade do cuidado, uma vez que, os centros podem estar fora do alcance de muitos pacientes e famílias. Assim, procedimentos de baixa complexidade podem ocorrer na APS, ampliando o vínculo da pessoa com o seu cuidado, haja vista que devem receber atendimento odontológico mais próximo do local de origem e, muitas vezes, de forma mais rápida devido à sobrecarga da demanda de pacientes em centros de referência.

Educação na saúde

No glossário eletrônico da BVS⁷, o conceito de Educação na saúde, consiste na “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. Nesse contexto, foram apontadas necessidades de capacitação formal para o CD, onde houvesse a abordagem das anomalias craniofaciais.

“De repente uma educação continuada, um, um suporte da própria universidade” (Dentista F, Masculino).

“Uma capacitação eu acho que seria válido também, porque como é uma coisa que não é o nosso cotidiano né, então eu acho que uma capacitação primeiro dos profissionais” (Dentista G, Feminino).

Na área da saúde, os campos de atuação são diversos e estão em constante desenvolvimento³³, o que demanda a necessidade de seus profissionais estarem em uma busca constante de aprendizagem

como forma de garantir uma atuação pautada na integralidade do cuidado.

Dessa forma, estratégias de educação continuada, que são aquelas formais, com duração definida e consistem no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador⁷, podem contribuir para o desenvolvimento de competências do CD para o cuidado odontológico de pacientes com anomalias craniofaciais na APS.

Destaca-se, ainda, a importância das ações de educação permanente em saúde, como forma de transformação das práticas profissionais^{7,33}, necessárias para a integralidade do cuidado aos pacientes com anomalias craniofaciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o grupo estudado, sugere-se que houve uma escassa abordagem das anomalias craniofaciais durante a graduação, existe um conhecimento insuficiente do CD sobre essas anomalias, bem como a falta de condições de trabalho adequadas para a atuação do profissional na APS, indisponibilidade de insumos e infraestrutura das unidades de saúde. Parece-nos que essa realidade resultou em suposta insegurança para realizar procedimentos clínicos básicos em odontologia.

Os resultados nos levam a considerar a falta total ou parcial de conhecimento sobre o assunto como um fator que interfere no desempenho do CD da APS no cuidado aos pacientes com anomalias craniofaciais.. Sugere-se que práticas de educação continuada, que abordem o tema, possam ser implementadas com o objetivo de contribuir tanto para a superação dessa lacuna no conhecimento como para melhorar a experiência de atuação do CD da APS sobre temas como: conceitos referentes às anomalias craniofaciais, destacando as mais frequentes, bem como suas características clínicas e odontológicas; manejo odontológico do paciente com anomalia craniofacial na APS, ressaltando as principais alterações no desenvolvimento dentário; evidenciar o papel do CD da APS na reabilitação desses usuários em parceria com os serviços de referência.

O estudo, embora apresentando limitações, como ter ocorrido apenas em um distrito sanitário selecionado por conveniência, trouxe contribuições relevantes para o desenvolvimento de estratégias educacionais que possam contribuir para melhorar o cuidado odontológico dos pacientes com anomalias craniofaciais na APS. Porém, ressalta-se que tais necessidades de aprendizagem em saúde se modificam com o tempo e demandas sociais, sendo necessária a atualização constante, considerando a realidade local. Diante da importância do tema, novos estudos são sugeridos, inclusive de abordagem diferente.

REFERÊNCIAS

1. Duarte GA, Ramos RB, Cardoso MCAF. Feeding methods for children with cleft lip and/or palate: a systematic review. *Braz. j. otorhinolaryngol.* [Internet]. 2016 Oct [cited 2021 Mar 28]; 82(5): 602-609. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942016000500602&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.020>.
2. Martelli DBR, Machado RA, Swerts MSO, Rodrigues LAM, Aquino SN, Martelli-Júnior H. Non syndromic cleft lip and palate: relation ship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012; 78(5): 116-120. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bjorl/v78n5/v78n5a18.pdf>
3. Carinci F, Scapoli L, Palmieri A, Zollino I, Pezzetti F. Human genetic factors in nonsyndromic cleft lip and palate: an update. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2007 Oct; 71(10): 1509-19. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.06.007.
4. Rodrigues K, Sena MF, Roncalli AG, Ferreira MAF. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. *Braz. oral res.* [Internet]. 2009 Mar [cited 2021 Mar 26]; 23(1): 38-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242009000100007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000100007>.
5. World Health Organization (WHO). Global strategies to reduce the health: careburden of craniofacial anomalies, Geneva. WHO 2002. [acesso em 05 out 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42594/9241590386.pdf;jsessionid=D5D76E16B45531019FA84184CDA48C1B?sequence=1>.
6. Nunes MF, Wovst LR, Costa Neto SB. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. *Rev. Psicol. Saúde* [Internet]. 2014 Dez [citado 2021 Mar 24]; 6(2): 72-84. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200010&lng=pt.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde . Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior - ABEMES. 2017; Ed. 213, Seção: 1, p. 38. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/resolucao569CNS.pdf>.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
10. Mendes M, Silveira MM, Costa FS, Schardosim RL. Avaliação da percepção e da experiência dos cirurgiões-dentistas da rede municipal de Pelotas/RS no atendimento aos portadores de fissuras labiopalatais. *RFO* 2012; 17(2): 196-200. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/2886/1940>
11. Brasil. Cadernos de Atenção Básica; 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.
12. Oliveira JM. Subsídios para Formulação de um Curso de Desenho Instrucional. Brasília: Enap; 2015. Disponível em:

- https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2289/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o%20ao%20modelo%20ADDIE_M%C3%B3dulo%201-alterado.pdf.
13. Pernambuco. Instituto de medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Relatório de atividades. 2019. Disponível em: http://www1.imip.org.br/imip/arquivos/pdf/IMIP_Relatorio_2019.pdf
 14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.
 15. Minayo MCS (org.), Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis - RJ: Vozes, 1994.
 16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2019 out 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 17. Bowie P, Skinner J, de Wet C. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. BMC Health Serv Res 2013; 7(13): 50.
 18. Ditterich RG, Portero PP, Schimidt LM. A preocupação social nos currículos de odontologia. Revista ABENO 2007; 7(1): 58-62. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1413/840>.
 19. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. [acesso em 08 out 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
 20. Tambasco LP, Silva HS, Pinheiro KMK, Gutierrez BAO. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde debate [Internet]. 2017 June [cited 2021 Mar 28] ; 41(spe2): 140-151. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600140&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s212>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350p. [acesso em 2019 out 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf
 22. Brasil. Lei nº 13.146. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2015. [acesso em 2019 nov 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.
 23. Ferreira ML, Vargas MAO, Marques AMFB, Huhn A, Andrade SR, Vargas CP. Nursing actions in reference and counter-reference in health care for persons with amputation. Cogitare Enferm 2017; (22)3: e50601. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876110/50601-215131-1-pb.pdf>
 24. Bhatia SK, Collard MM. Access to primary dental care for cleft lip and palate patients in South Wales. Br Dent J 2012; 212(5): E10, Mar.
 25. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 Mar 28] ; 41(115): 1177-1186. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. [acesso em 2019 set 5]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
27. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Mar [cited 2021 Mar 28]; 23(3): 861-870. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.
28. Oliveira DFB, Capelozza ALA, Carvalho IMM. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. Rev. da Assoc Paul Cir Dent 1996 jan-fev; 50(1): 83-6. Disponível em:
http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2010/unicid_22_1_2010_65_9.pdf
29. Yildirim M, Seymen F, Vieira AR. Defining predictors of cleft lip and palate risk. J Dent Craniofac Res 2012; 91(6): 556-61.
30. São Paulo (Cidade). Manual cuidados básicos aos portadores de fissuras labiopalatinas. Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - São Paulo: SMS, 2012. 18p. [acesso em 22 out 2019]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/manual_fissura_2012.pdf.
31. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde. Escola Anna Nery 2019; 23(1).
32. Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: Editora MS; 2002.
33. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Mar [citado 2021 Mar 27]; 19(3): 847-852. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.