



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE
COLETIVA

ANA CAROLINA OLIVEIRA PERES

**O TRABALHO INTERDISCIPLINAR COMO INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL:
ESTUDO QUALITATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM
FLORIANÓPOLIS-SC**

FLORIANÓPOLIS

2015

Ana Carolina Oliveira Peres

**O TRABALHO INTERDISCIPLINAR COMO INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL:
ESTUDO QUALITATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM
FLORIANÓPOLIS-SC**

Dissertação de Mestrado em
Odontologia - Área de Concentração
Odontologia em Saúde Coletiva,
apresentada para obtenção do título de
Mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Daniela Lemos
Carcereri

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Peres, Ana Carolina Oliveira

O trabalho interdisciplinar como inovação tecnológica na promoção da saúde bucal: estudo qualitativo na atenção primária, em Florianópolis-SC / Ana Carolina Oliveira Peres ; orientadora, Daniela Lemos Carcereri - Florianópolis, SC, 2015.

98 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Odontologia.

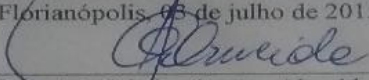
Inclui referências

1. Odontologia. 2. Saúde Bucal. 3. Interdisciplinaridade. 4. Promoção da Saúde. 5. Atenção Primária em Saúde. I. Carcereri, Daniela Lemos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Odontologia. III. Título.

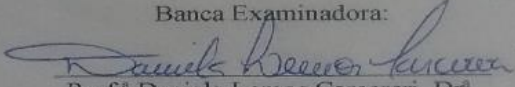
ANA CAROLINA OLIVEIRA PERES

O TRABALHO INTERDISCIPLINAR COMO INOVAÇÃO
TECNOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL:
ESTUDO QUALITATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM
FLORIANÓPOLIS-SC

Esta DISSERTAÇÃO foi julgada adequada para a obtenção do
título de Mestre em Odontologia, e aprovada em sua forma
fina pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, 03 de julho de 2015.

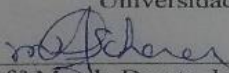

Prof.ª Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.ª
Coordenadora do Curso

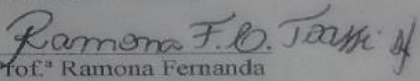
Banca Examinadora:

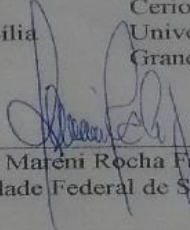

Prof.ª Daniela Lemos Carcereri, Dr.ª

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.ª Magda Duarte dos
Anjos Scherer, Dr.ª
Universidade de Brasília


Prof.ª Ramona Fernanda
Ceriotti Toassi, Dr.ª
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul


Prof.ª Mareni Rocha Farias, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade vivenciar o mundo acadêmico com qualidade nesse Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Aos integrantes do grupo GIS, em especial à Marina Steinbach, por me proporcionarem momentos maravilhosos de trocas de saberes e por me unir aos Grupos de Pesquisa da UNB - representadas especialmente por Magda, Erica e Charleni; e da UFBA – Sônia, Sandra e Anne, e todos os apoiadores do projeto multicêntrico, os quais contribuíram imensamente para que esse trabalho fosse realizado.

Às entidades financiadoras FAPEU-UFSC e CNPQ, que em diferentes momentos financiaram meus estudos.

Aos professores, pelos valiosos ensinamentos nesse caminhar chamado mestrado. Um obrigado especial aos professores da área ODOESC, por me mostrarem, cada uma a seu modo, as possibilidades da saúde coletiva na odontologia.

Aos colegas do mestrado turma 2014-1, pelos momentos de força, parceria e lazer.

Às minhas amigas de área María del Rosario – nossa querida Charo, vinda do Peru para alegrar nossos dias, à mamãe Fabíola e à parceira Mariáh. Obrigada por fazer deste, um caminhar mais leve.

À REMULTSF, porque uma vez residente, sempre residente. Sempre presente na minha trajetória.

Ao pessoal do CEO-UFSC, por se tornarem amigos e serem tão compreensivos quanto aos meus horários.

As equipes de Saúde da Família, que me acolheram e contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Ao pessoal do estágio docência, alunos e preceptores, pelos momentos de aprendizado, é sempre muito bom estar com vocês.

Aos meus amigos, que mesmo com a minha ausência em muitos momentos, me suportaram, apoiaram e muitas, mas muitas vezes, me alegraram.

À minha orientadora, que mais que orientadora, tornou-se minha amiga, confidente, cuidadora, um exemplo de mulher, de mestre, de mãe para os meus conhecimentos e de mãezona para Marina e Rafa.

A minha família, em especial à minha mãe Telma, meu pai Antonio, meu irmão Victor, e minha avó Agnes, por acreditarem e embarcarem nos meus sonhos, serem meu suporte, meu sustento, minha orientação, mesmo estando a mais de 1.900Km de distância.

E finalmente à Deus, pois sem Ele, toda essa jornada não teria sido possível.

Muito obrigada!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”.

(Albert Einstein)

“A ciência é feita de erros, mas erros benéficos, já que conduzem, pouco a pouco a verdade”

(Julio Verne)

RESUMO

Ao considerar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de inovação tecnológica presente na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do país, bem como as implicações do processo de trabalho na promoção da saúde, esta pesquisa investigou como o trabalho interdisciplinar das equipes de saúde, contribuiu para a qualificação dessa inovação tecnológica na promoção da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em Florianópolis, junto aos profissionais que atuam na ESF. Possui como referenciais a interdisciplinaridade, a ergologia, e as Políticas Nacional de Atenção Básica e de Saúde Bucal. Realizou-se análise transversal a partir de dados coletados em documentos oficiais, entrevistas semiestruturadas e diários de observação. A partir da análise de temática, foram investigados os seguintes aspectos: de que forma o trabalho interdisciplinar inseriu-se no processo de trabalho da ESF e na promoção de saúde bucal; caracterização das ações de saúde bucal desenvolvidas pelas equipes no cenário do município; conformação e articulação dos coletivos de trabalho na ESF visando a implementação de ações interdisciplinares; aspectos inovadores constantes nas práticas e nas relações de trabalho e suas contribuições para promoção da saúde bucal na APS. As práticas e os depoimentos das equipes revelaram um novo modelo de atenção centrado na promoção da saúde bucal. Marcas do modelo biomédico ainda existem, principalmente nas relações de trabalho e nas estratégias metodológicas adotadas para a realização das ações coletivas. O estudo evidenciou que o trabalho interdisciplinar, quando estabelecido, potencializa e qualifica a ESF como inovação tecnológica para a promoção de saúde bucal.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Interdisciplinaridade. Promoção da Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Considering the Family Health Strategy (ESF) as technological innovation model in the Network Health Care (RAS) in Brazil, and that the organization of the work process has direct implications on health promotion, this research investigated how the interdisciplinary work in health teams, contributed to the qualification of this technological innovation in promoting oral health in primary health care (APS). It is a study of qualitative approach, developed in Florianópolis, with professionals working in the ESF. Has as reference the interdisciplinarity, the ergology, and the National Policy Primary Care and Oral Health. A cross-sectional analysis from data collected in official documents, semi-structured interviews and daily observation. From the thematic analysis, the following aspects were investigated: how interdisciplinary work was part of the ESF work process and in promoting oral health; characterization of oral health actions developed by the teams in the city; conformation and articulation of collective bargaining in the ESF for the implementation of interdisciplinary actions; innovative aspects contained in the practices and in labor relations and their contributions to promote oral health in APS. The practices and the testimony of teams revealed a new model of care focused on promoting oral health. Marks the biomedical model still exist, particularly in labor relations and the methodological strategies adopted to carry out collective actions. The study showed that the interdisciplinary work, when established, enhances and qualifies the ESF as technological innovation to promote oral health.

Key-words: Family Health Strategy. Interdisciplinarity. Health Promotion. Oral Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Processo de Trabalho da ESB para promover saúde bucal.....	38
---	----

ARTIGO

Figura 01 - O ciclo do trabalho interdisciplinar na promoção da saúde bucal.....	53
Figura 02 – O Trabalho em Equipe – Processo e Relações.....	54
Figura 03 – Relações de Trabalho: O uso de si.....	62
Figura 04 – O Trabalho Coletivo e suas Ações.....	65
Figura 05 - A Vinculação Comunitária.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro da década de 90 até 2011.....	29
Tabela 02 - Interdisciplinaridade: um conceito em construção.....	35
Tabela 03 - Relação entre definição, sistema e configuração dos conceitos – disciplinares.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento
ENF	Enfermeiro
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
MED	Médico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SB	Saúde Bucal
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SF	Saúde da Família

SUS

Sistema Único de Saúde

TEnf

Técnico de Enfermagem

TSB

Técnico de Saúde Bucal

UBS

Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA DE PESQUISA.....	27
2.1 A Saúde Bucal e a Estratégia de Saúde da Família	27
2.2. O modelo assistencial da ESF como inovação tecnológica não material.....	31
2.3. O Processo de Trabalho em Saúde e a Ergologia como referenciais para compreender o trabalho.....	33
2.4. A Interdisciplinaridade.....	35
2.5 Problema de Pesquisa.....	38
3. OBJETIVOS.....	39
3.1. Objetivo Geral.....	39
3.2. Objetivos Específicos.....	39
4. METODOLOGIA EXPANDIDA.....	41
4.1. Tipo de estudo.....	41
4.2. Local e Sujeitos do Estudo.....	41
4.3. Coleta de Dados.....	42
4.4. Análise dos Dados.....	42
4.5. Aspectos Éticos.....	44
5. RESULTADOS.....	47
ARTIGO - O TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL.....	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73

REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	83
ANEXOS.....	91

1. INTRODUÇÃO

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil segue estruturando e consolidando seu sistema de saúde. O SUS caracteriza-se pela hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade crescente, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 1990; 2011).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população (RODRIGUES, *et al.*, 2014).

A APS recebe o papel de coordenadora da RAS, por sua capacidade de promover a continuidade da atenção, de um modo integrado com os diferentes pontos da rede. Tal capacidade possui duas dimensões: a vertical – entre APS e os demais níveis do sistema; e a horizontal - que envolve a articulação entre a própria equipe de APS, serviços de saúde e equipamentos sociais (RODRIGUES, *et al.*, 2014).

Considerando-se os princípios e diretrizes do SUS, a partir dos anos 1990 foram definidas políticas de fortalecimento da APS e a necessidade de repensar o modelo assistencial hegemônico, centrado na clínica, na biologia, nas especialidades, criador de dicotomias entre curativo e preventivo, o individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas na rede hospitalar (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Atualmente, tem sido pautada a renovação da APS incluindo inovações tecnológicas materiais, como a informática, e inovações tecnológicas não materiais, destacando-se as de reorganização do trabalho. No entanto, ainda são incipientes as inovações tecnológicas do tipo não material que apresentam potencial para influenciar positivamente o trabalho em saúde (LORENZETTI; TRINDADE, 2012).

Dentre as inovações do tipo não material, destaca-se na APS a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta foi entendida como uma

inovação tecnológica de organização do trabalho com potencial para estruturar um novo modelo assistencial em detrimento ao modelo hegemônico. A ESF prevê o cuidado aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário; tem a promoção da saúde, a integralidade e a interdisciplinaridade como referências para cuidar das pessoas na sua individualidade, complexidade e inserção social (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006; BONELLI, 2010).

A literatura registra o impacto positivo da ESF nos vários indicadores de saúde, “redução de gastos, melhora no acesso aos serviços de saúde, aumento da qualidade da atenção e das ações preventivas, garantia de cuidados mais apropriados e redução de ações desnecessárias” (CONILL, 2002; 2008; ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; STARFIELD, 2004; STRALEN, *et.al.*, 2008; TRINDADE, 2010). Entretanto, a ESF, ainda não superou o modelo biomédico e, nem alcançou sua implantação plena. É nesse contexto de desafios de expansão e consolidação da ESF e do SUS que entra nas agendas federal, estadual e municipal a discussão sobre ampliação do acesso e da qualidade das ações desenvolvidas na APS (BRASIL, 2011a).

No campo da saúde bucal, a principal mudança ocorreu a partir do lançamento do “Brasil Sorridente”, a Política Nacional de Saúde Bucal do Governo Federal, PNSB, lançada em 2004, que tem por objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira a partir da operacionalização da oferta de serviços na APS pela ESF, incentivando também, o aumento da oferta de procedimentos de nível secundário e terciário (BRASIL, 2004).

Os desafios de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal dos brasileiros persistem, seja pela inserção tardia das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF ou pela histórica prática odontológica, isolada das demais profissões da saúde, restringindo o profissional ao trabalho junto ao consultório odontológico, o que dificulta a integração do cirurgião dentista (CD) ao novo modelo (LOURENÇO, *et.al.*, 2009).

Essa estratégia de inserção do CD no setor público associada à PNSB e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribui para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013). Apesar da diferenciação da “equipe de saúde bucal” em relação à equipe como um todo, as ações de saúde da família centradas no trabalho

multiprofissional e na integralidade estão a exigir, de todas as áreas envolvidas, um compromisso com a saúde em seu conceito mais ampliado. Desta forma, não há espaço para recortes, pois a ESF passa a ser o caminho para situar a Odontologia como uma das áreas que atuam no campo da saúde, reafirmando o modelo proposto pela corrente da SBC. Uma odontologia capaz de “pensar grande”, “pensar o todo”, planejar e agir em conjunto com a equipe (CARCERERI, 2005).

É nesse cenário de transformações dos modelos assistenciais e análise do processo saúde-doença que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) entra como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006).

A exemplo da PNSB utilizou-se neste trabalho o termo “promoção da saúde bucal” configurando-a na discussão ampla da saúde e realizada através de políticas públicas saudáveis que busquem a ampliação da autonomia dos cidadãos (BRASIL, 2004).

Nesse estudo a promoção da saúde foi discutida na mesma perspectiva de Verdi e Caponi (2005, p. 83): “um modelo sanitário, entendido como conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se expressam nos espaços da organização do trabalho e das práticas de saúde”.

Para que as práticas promotoras da saúde entrem no cotidiano dos profissionais, torna-se necessário ultrapassar o âmbito individual e clínico (LOCK-NECKEL, *et.al.*, 2009). As Diretrizes da PNSB apontam como necessidade para readequação do processo de trabalho na saúde bucal: a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação da assistência, as discussões das condições de trabalho e de parâmetros para orientar o processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

Porém, o estudo de Reis, Scherer e Carcereri (2014, p. 58), fundamentado na ergologia, alerta sobre as diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Para os autores “o fato de o trabalho real

diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade”.

O trabalho interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da APS e também compõe o elenco de características do processo de trabalho da equipe (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do processo saúde-doença; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições. A prática interdisciplinar não tem como objetivo negar as especialidades, e sim, superar a fragmentação do conhecimento para promover saúde (SAUPE, *et al.*, 2005).

Considerando a ESF como modelo de inovação tecnológica presente na APS do município de Florianópolis-SC, e que as formas de organização do trabalho têm implicação direta no acesso e na qualidade das ações de saúde (bucal), a presente pesquisa investigou como o trabalho interdisciplinar das equipes de saúde contribuem na qualificação dessa inovação tecnológica para a promoção da saúde bucal na APS.

No cenário nacional, Florianópolis destaca-se na implantação da ESF. Dentre as capitais, possui a melhor cobertura populacional, 94% para a Saúde da Família (SF) e 52% para a Saúde Bucal (SB). Nos últimos 5 anos o município garantiu por três vezes o 2º lugar no Prêmio Brasil Sorridente e possui o menor índice de cárie aos 12 anos (0,68). A capital também recebeu outros prêmios na área da educação, turismo, gastronomia e desenvolvimento econômico (PMF, 2014). Por apresentar esse contexto de avanços e reconhecimentos, o município reúne características que o credenciam como cenário modelo para o país, sendo um excelente campo de estudo para pesquisas no âmbito da APS.

Este estudo deriva de um recorte do projeto multicêntrico aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq) – MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT N° 10/2012 – PESQUISA EM SAÚDE BUCAL. Tal projeto investigou o processo de trabalho da ESF na promoção da saúde bucal em diferentes cenários do país.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA DE PESQUISA

Este capítulo contém os referenciais teóricos descritos no macroprojeto multicêntrico, quais sejam: A Saúde Bucal e a Estratégia de Saúde da Família; o Modelo Assistencial da ESF como inovação tecnológica não material e o Processo de Trabalho em Saúde e a Ergologia como referenciais para compreender o trabalho. Além destes três referenciais, somou-se a temática da interdisciplinaridade, que é o foco deste estudo.

2.1. A Saúde Bucal e a Estratégia de Saúde da Família

A partir do reconhecimento da crise do modelo assistencial predominante no país, baseado na biomedicina, propostas foram criadas na busca por transformações no sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde. Dentro destas propostas, teve-se o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), definida pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (LOURENÇO, *et. al.*, 2009).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008).

Além dessas ações, outras também se destacam como programação e implementação das atividades de atenção à saúde; desenvolvimento de ações que priorizem os grupos e fatores de risco; acolhimento com escuta qualificada; provimento da atenção integral, contínua e organizada; realizações de ações na UBS, domicílio e outros locais comunitários; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, de maneira individual e coletiva, na busca da qualidade de vida do usuário; implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; participação no planejamento local de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

A incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF veio com a Portaria nº 1444 (2000), que define o incentivo financeiro para a implantação dessas equipes. Essa atitude gerou um aumento significativo do número de ESB, porém não garantiu, necessariamente, a mudança no modelo assistencial em saúde bucal (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Foram elaboradas diretrizes gerais para atuação de cada membro da ESB, o cirurgião-dentista (CD), o técnico em saúde bucal (TSB) e o auxiliar de saúde bucal (ASB). Essas equipes possuem duas modalidades: ESB modalidade I composta por um CD e um ASB e a ESB modalidade II formada por um CD, um ASB e um TSB. Do ponto de vista do processo de trabalho inicialmente foi incorporada uma ESB para cada duas ESF (BRASIL, 2000). Em 2006, a portaria nº 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redefine que para a incorporação da ESB, esta seja uma equipe multiprofissional integrada a uma ou duas ESF (BRASIL, 2006).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal:

“Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o ‘novo’, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam” (BRASIL, 2004, p. 8).

Mesmo com a diferenciação da “equipe de saúde bucal” em relação à equipe como um todo, as ações de saúde da família focadas na integralidade exigem o compromisso com o conceito ampliado de saúde, no qual o cirurgião-dentista definitivamente não deve mais estar sozinho em seu campo de trabalho uma vez que nele atuam, de forma distinta, de acordo com as atribuições de cada um, muitos outros profissionais (CARCERERI, 2005).

A ampliação do acesso aos serviços odontológicos passa pela qualificação do processo de trabalho à luz da ESF, e implica avançar nas concepções e práticas que possibilitem romper a hegemonia da odontologia de mercado, transformar o modelo de atenção e, com isso, avançar na desodontologização da saúde bucal e na universalização dos cuidados odontológicos, preconizados pela Saúde Coletiva, tornando

concreto para todos, também em seu componente bucal, o direito humano à saúde (NARVAI e CARCERERI, 2012).

A tabela 1, a seguir, apresenta de modo resumido alguns aspectos transformadores ocorridos no processo de trabalho da saúde bucal, principalmente após o lançamento do “Brasil Sorridente”, relacionando-o ao contexto político e ao modelo de atenção vigente em cada período.

Tabela 1: A odontologia, os modelos de atenção à saúde e o contexto político brasileiro da década de 90 até 2011.

Período	Contexto político	Práticas Odontológicas	Aspectos chave	Modelos de Atenção no Brasil
Anos 1990	Crise política, “impeachment” do presidente Collor. Neoliberalismo. Regulamentação do SUS: Lei Orgânica da Saúde. Operacionalização do SUS: NOB Descentralização	Procedimentos coletivos de saúde bucal (PCs). Programa Saúde da Família – 1994.	Financiamento de PCs pelo MS – A 1.ª onda inserção* Curitiba e Brasília, 1996. 2.ª onda inserção*: iniciativas estaduais: DF, CE, SP 3.ª onda inserção: Iniciativas municipais. *Zanetti	Retrocesso na implementação do novo modelo, o MAP ganha força. O movimento da reforma sanitária esforça-se em operacionalizar o SUS.
2000-2006	Fim do governo Fernando Henrique Cardoso (2002).	2000 – Inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família Em 2004 – Lançamento do	Início do processo de Inclusão por parte dos municípios.	O SUS busca consolidar-se com a reorientação da atenção básica através da ESF, que se expande rapidamente pelo país.

	Início do primeiro mandato governo Lula, em 2003-2006	Programa Brasil Sorridente – nome fantasia da PNSB	Expansão da saúde bucal na ESF Implantação da rede especializada através dos Centro de Especialidades Odontológicas -CEO	
2006-2011	Segundo mandato do governo Lula, de 2007-2010 Início do governo Dilma Rouseff, em 2011	Ampliação do número de equipes de saúde bucal na proporção 1:1 Continuidade do Programa Brasil Sorridente	Fortalecimento do Brasil Sorridente com a criação e expansão da rede de centro especializados – CEO Início da qualificação do processo de trabalho em saúde bucal na lógica da ESF Ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público Avanços na implantação e qualificação da rede de saúde bucal do SUS? IV Conferência Nacional de Saúde Bucal?	Estratégia Saúde da Família configura-se como modelo assistencial reorganizador da atenção primária Fortalecimento do SUS

Fonte: Adaptado de CARCERERI, D. L., 2005. In: Narvai e Carcereri, 2012.

No âmbito da saúde pública, o campo de atenção da saúde bucal envolve ações intersetoriais, educativas, de promoção à saúde e de assistência. As ações intersetoriais caracterizam-se pela identificação das circunstâncias sociais que afetam a saúde da coletividade, enquanto as ações educativas buscam atingir seus objetivos através dos instrumentos de informação e comunicação em saúde bucal. Educar consiste fundamentalmente em propiciar instrumentos para que os indivíduos possam participar ativamente da manutenção da sua saúde bucal (BRASIL, 2008).

Já as ações de promoção à saúde são entendidas como um campo conceitual, político e metodológico onde o foco é a população como um todo, atuando na redução das desigualdades sociais e na melhoria das condições gerais de saúde. Finalmente, as ações de assistência envolvem intervenções clínicas curativas (individuais e coletivas) (BRASIL, 2008) e se referem ao núcleo de atuação da equipe de saúde bucal.

Os serviços de saúde bucal carregam como herança os padrões de práticas que paralisam o fazer cotidiano dos trabalhos para a saúde, seja pela inserção tardia na ESF, pela demanda reprimida, pela baixa qualificação dos profissionais para atuarem no SUS, tais práticas se restringem às ações curativas no âmbito do consultório, o que dificulta a inserção da ESB na ESF, sobretudo quando se trata de modificação do modelo, sendo necessário uma reflexão participativa com todos os atores envolvidos, sobre como desenvolvê-lo (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Ou seja, a PNSB trouxe uma série de avanços e desafios para a saúde bucal brasileira, contudo as discussões e reflexões sobre as tecnologias não materiais e sobre o processo de trabalho das equipes necessitam ser investigadas para melhor publicitar os avanços e buscar soluções para os desafios.

2.2. O modelo assistencial da ESF como inovação tecnológica não material

Os conceitos de ciência, tecnologia e inovação tecnológica são intensamente debatidos na literatura. Neste trabalho entendemos tecnologia no sentido de ciência aplicada para resolver problemas práticos, incluindo tecnologias materiais e não-materiais, conforme formulado por Paim (2005).

Tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas, e como atividade reflexiva, o que implica em conhecimentos científicos, relações, instrumentais, saberes estruturados e produto (MARTINS; NASCIMENTO, 2005; SILVA, ALVIN, FIGUEIREDO, 2008). Na abordagem sociológica do termo “tecnologia envolve todas as formas de técnica produtiva”, “inclui o trabalho realizado de forma manual e não é sinônimo de máquina, como entendido no senso comum”. Inclui, também, a organização física da produção nos locais de trabalho e a divisão e organização do trabalho. As técnicas produtivas e a organização da produção são produtos sociais, conseqüências de decisões humanas, portanto tecnologia pode ser analisada como resultado de processos sociais (ABERCROMBIE; HILL; TURNER, 2000, p. 357).

Inovação tecnológica ou “novas tecnologias” - podem ser melhor entendidas dinamicamente como um processo sócio-técnico. Qualquer tecnologia é determinada por um “um número complexo de inter-relações – tanto no nível social quanto no nível das empresas” (BLANK, 1997, p. 6). As novas tecnologias compreendem as máquinas, os equipamentos, os diversos instrumentos, o modelo de organização das empresas e de organização do trabalho (incluindo inovações na gestão e nas relações de trabalho) em um contexto histórico social.

A ESF pode ser considerada uma inovação tecnológica de organização do trabalho que incorpora os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2001). Busca assistir os indivíduos em seu contexto familiar e social, na perspectiva da integralidade e da equidade, valorizando os aspectos culturais e acolhendo as demandas de indivíduos e grupos. A assistência deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade.

Estudos registram importantes distinções deste modelo assistencial com o modelo biomédico tradicional. O modelo da ESF enfatiza a perspectiva interdisciplinar em contraposição à ênfase nas especialidades médicas e na doença; outras distinções são a delimitação da área de atuação das equipes, a valorização da atenção integral, o enfoque familiar e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade com a população (STRALEN *et. al.*, 2008; BRASIL, 2009).

A relevância da interdisciplinaridade e da complementaridade entre todas as profissões de saúde na ESF reforça o papel da equipe de

saúde bucal na saúde integral e ajuda a compreender o seu processo de trabalho neste novo contexto, rompendo com os paradigmas tradicionais da Odontologia. No novo paradigma, conforme estabelecido na política nacional, a saúde bucal passa a ser campo de atuação da equipe multiprofissional, implicando na redefinição do campo e do núcleo de autonomia e responsabilidade das profissões envolvidas (CAMPOS, 2000).

2.3. O Processo de Trabalho em Saúde e a Ergologia como referenciais para compreender o trabalho

“O Conceito Processo de Trabalho em Saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está produzida toda a dinâmica do trabalho humano...” (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2008).

O processo de trabalho em saúde faz parte do setor de serviços obedecendo, historicamente, à lógica taylorista de organização e gestão. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). O modelo da Administração Científica foi desenvolvido pelo engenheiro norte-americano Frederick Taylor (1856-1915), sendo um dos pioneiros na estruturação da disciplina científica da administração de empresas. Tem como referencial a ênfase nas tarefas, com foco no aumento da eficiência operacional do trabalho com a máxima economia de esforço (TAYLOR, 1995).

O “trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (PIRES, 2000).

O ato de “cuidar” é a finalidade de qualquer ação de saúde. Envolve um conjunto de conhecimentos e agires, envolvendo as atividades do prescrito, mas também o “agir por si”. Ele envolve o uso de tecnologias, de máquinas e instrumentos, mas fundamenta-se no “trabalho vivo em ato” (BRITO, 2005).

Para Merhy e Franco (2008), o trabalho vivo em ato possui duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos; a outra se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e seus produtos, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Na saúde o ‘trabalho vivo em ato’ é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado num processo de produção de relações intercessoras.

As ações coletivas multiprofissionais são características do trabalho em saúde, entretanto ocorrem muitas vezes de maneira fragmentada onde cada especialidade ou subespecialidade cuida de uma parte da atividade. O fato de seu campo de ação envolver a vida e a morte gera no trabalho em saúde a necessidade de domínio de vários conhecimentos para ser posto em prática em cada ser humano que possui uma história de vida singular (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O trabalho envolve sempre a necessidade do “uso de si”. Pode ser o “uso de si” pelos outros, uma vez que sua atividade sempre é constituída por uma diversidade de normas, prescrições e valores construídos no contexto histórico da humanidade. Entretanto, pode ser também o “uso de si” pelo próprio trabalhador, uma vez que constantemente ele renormaliza as prescrições e cria alternativas personalizadas para enfrentar os desafios do cotidiano profissional (SCHWARTZ, 2000).

Toda atividade profissional apresenta um aspecto que envolve sua prescrição, ou seja, um conjunto de antecipações e outro que se vincula à realização da atividade concreta de trabalho. São três as dimensões, chamadas por Schwartz (1998a) de ingredientes da competência, que buscam predefinir a atividade de trabalho: a heterodeterminação, com as prescrições e os recursos tecnológicos disponíveis para a atividade; as experiências apreendidas no trabalho, que, formando um conjunto de valores científicos e culturais do coletivo, guiam e influenciam na atividade; e a dimensão dos valores (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

O trabalho prescrito está relacionado às regras e objetivos fixados pela gestão – “o que se deve fazer”. Sua prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. O trabalho real pode-se dizer que é aquilo que é posto pelos trabalhadores para realizarem o trabalho prescrito. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade (OLIVEIRA, 2011).

A Ergologia mostra que o trabalho efetuado jamais corresponde ao trabalho esperado, determinado pelas regras e pelos objetivos pré-determinados (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009)

O trabalho em saúde é permeado todo o tempo por práticas multi, pluri e interdisciplinares, conforme os problemas que se colocam, as demandas surgidas e a necessidade de resolução (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Nesse sentido, compreender como os profissionais da ESF realizam essas práticas e quais estratégias eles utilizam para efetivá-las pode contribuir para reorientar prescrições e a própria gestão do trabalho.

2.4. A Interdisciplinaridade

O conceito de interdisciplinaridade data do século XX, mas só na década de 60, recebeu a devida ênfase como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado (BAZZO, 2012). Para Japiassu (1976), a interdisciplinaridade era tida como um neologismo de sentidos amplos e diversificados capaz de gerar diversos entendimentos para quem o utiliza (SAUPE *et al.*, *apud* JAPIASSU 1976).

Conceituar interdisciplinaridade não é tarefa fácil e essa dificuldade também é sentida na prática. Este conceito ainda se relaciona a outros termos: disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade (SAUPE *et al.*, 2005). A Tabela 2, exemplifica os diferentes entendimentos sobre o conceito de interdisciplinaridade.

Tabela 2. Interdisciplinaridade: um conceito em construção.



AUTORES	ANO	CONCEITOS
Japiassu	1976	Interdisciplinaridade - intensas trocas entre os especialistas e grau de integração real entre as disciplinas, no interior de um mesmo projeto.
Vilela; Mendes	2003	Interdisciplinaridade na saúde – ruptura entre o modelo tradicional e o biologicista; desfragmentação dos saberes para alcançar o conceito ampliado de

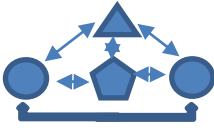
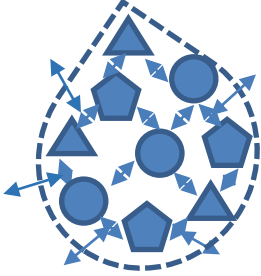
		saúde.
Gattás; Furegato	2006	Objetivo da interdisciplinaridade - promover a superação da visão parcelar de mundo e facilitar a compreensão da complexidade da realidade, resgatando a centralidade do homem, compreendendo-o como ser determinante e determinado.
Campos; Domitti	2007	Interdisciplinaridade no trabalho - depende de uma certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado.
José; Fazenda	2008	A interdisciplinaridade propõe um diálogo entre as disciplinas e não a extinção delas, procura diferentes metodologias para a quebra das barreiras entre elas.
Lock – Neckel	2009	Na interdisciplinaridade os limites devem ser evidenciados e a busca para contribuir com os demais deve ser constante, respeitando cada território e campo do conhecimento, de modo a distinguir os pontos que os unem e os que os diferenciam.
Souza	2011	O saber interdisciplinar proporciona ao profissional de saúde condições de perceber o homem como um ser integral, que o leva a ter uma visão que ultrapassa o saber específico.

Fonte: Adaptado de Bazzo, 2012.

A exemplificação dos conceitos que se relacionam com a interdisciplinaridade é descrita por Vasconcelos (2007) na tabela 3:

Tabela 3: Relação entre definição, sistema e configuração dos conceitos – disciplinares.

Definição	Sistema	Configuração
Práticas multidisciplinares – diversos campos de saber sem relações existentes entre eles	Um nível e objetivos únicos: nenhuma cooperação.	
Práticas pluridisciplinares – justaposição de campos de saber em mesmo nível, agrupados para aparecer as relações.	Um nível, objetivos múltiplos, cooperação sem coordenação.	
Práticas interdisciplinares – Interação participativa,	Dois níveis e objetivos múltiplos; coordenação	

<p>construção e pactuação de tema comum a todos os campos de saber.</p>	<p>procedendo do nível superior; tendência a horizontalização das relações de poder.</p>	
<p>Campo transdisciplinar – interações de médio e longo prazo com pactuação de coordenação de todos os campos individuais e interdisciplinares de um campo mais amplo sobre a base compartilhada.</p>	<p>Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com uma finalidade comum dos sistemas; horizontalização das relações de poder.</p>	

Fonte: Adaptado de Vasconcelos, 2007.

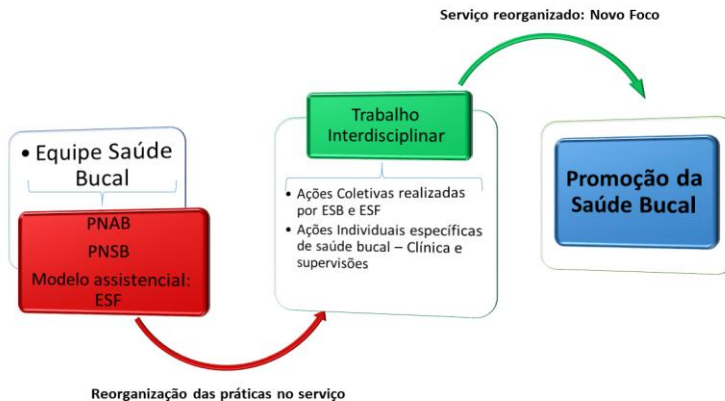
Outros autores ainda definem a interdisciplinaridade pelas características de suas ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto a área básica de conhecimento que envolve criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar (MARIA *et al.*, 2008).

A interdisciplinaridade na saúde exige a superação do pensamento simplista dos processos saúde-doença pautados na unicidade da resposta causa-ação. Se caracteriza pela intensa troca de saberes e pelo grau de interação entre as disciplinas. É uma proposta que não pretende excluir as especialidades, mas sim superar a fragmentação a partir do reconhecimento e respeito às especificidades (SAUPE *et al.*, 2005).

Em todos os níveis de atenção é necessário se ter o trabalho interdisciplinar, uma vez que a partir dele, tem-se uma abordagem mais integral no cuidado do usuário e maior eficiência e eficácia dos programas e serviços ofertados (FERRO *et al.*, 2014).

O trabalho interdisciplinar, quando pautado no modelo sanitário da Promoção da Saúde, qual seja um conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se expressa nos espaços da organização do trabalho e das práticas de saúde, é capaz de ser inovador e transformar o cenário onde é desenvolvido (VERDI; CAPONI, 2005). O esquema a seguir representa essa relação.

Figura 01: Processo de Trabalho da ESB para promover saúde bucal.



Ações reorganizadoras dos serviços, sejam elas intersetoriais e intrasetoriais e interdisciplinares, são estratégias imprescindíveis para ampliação da consciência sanitária, com direitos e deveres da cidadania, educação em saúde para mudança das condições de vida da população, consolidando assim a Promoção da Saúde na Estratégia da Saúde da Família (HEIDMANN et al., 2006).

2.5. Problema de Pesquisa

De que maneira o trabalho interdisciplinar se insere na ESF, qualificando sua inovação tecnológica, para a promoção da saúde bucal, no âmbito da atenção primária no município de Florianópolis-SC?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender como o trabalho interdisciplinar das equipes de saúde, contribuiu para a qualificação da ESF como inovação tecnológica na promoção da saúde bucal na APS, em Florianópolis-SC.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar as ações integradas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família;
- b) Descrever como os coletivos de trabalho na ESF se conformam e se articulam para implementar as ações para promover a saúde bucal na APS;
- c) Identificar os aspectos inovadores constantes nas práticas, nas relações, na organização e gestão do trabalho e em que sentido estes tem contribuído para qualificar a promoção da saúde bucal;

4. METODOLOGIA EXPANDIDA

4.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar a questão do *Significado* e da *Intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1998). Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo fundamentado no referencial da Ergologia, da Promoção da Saúde, da Interdisciplinaridade, nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional de Atenção Básica.

4.2. Local e sujeitos do estudo

A APS do município de Florianópolis-SC, foi o cenário desta pesquisa, e teve como participantes os profissionais que atuam na ESF.

A inclusão dos locais e sujeitos foi realizada por amostragem intencional que, segundo Turato (2003), é metodologicamente, dentre outros modos possíveis, como aquela de ‘escolha deliberada de respondentes, sujeitos ou ambientes’, na qual o pesquisador delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta.

A inclusão dos sujeitos deu-se pelos seguintes critérios: a) Unidades de Saúde da Família com equipes completas incluindo Equipe de Saúde Bucal independente da modalidade; b) Equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ, sendo bem avaliadas e indicadas pelo gestor municipal, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio a Saúde da Família como referência; d) Equipes que concordem em participar da pesquisa.

O cenário de Florianópolis mostrou-se favorável, pois o município atualmente é referência nacional em saúde e utiliza como slogan: “Aqui o SUS dá certo”. Conta hoje com 118 ESF e 62 ESB implantadas, correspondendo a 93,98% e 52% de cobertura populacional, respectivamente. Ao aplicar os critérios de inclusão em uma primeira consulta ao gestor municipal foram indicadas 20 equipes

que apresentavam desempenho muito satisfatório no primeiro ciclo do PMAQ-AB e que, portanto, estavam de acordo com os demais critérios.

Um segundo processo de inclusão e exclusão foi aplicado, onde foram excluídas as equipes que: a) possuíam atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – por ser uma modalidade de formação, esse processo modifica e influencia o processo de trabalho da equipe – 5 equipes se enquadravam nesse critério b) Equipes as quais haviam profissionais em cargos de assistência e gestão da unidade de saúde concomitantemente – 3 equipes estavam incluídas nesse critério; c) Equipes com cobertura de Agente Comunitários de Saúde (ACS) inferior a 50% do necessário – 5 equipes d) Processo de trabalho superior a relação 2:1 – 2 equipes nesse critério e) Serem de distritos sanitários diferentes. Após a aplicação desses critérios, 5 equipes foram incluídas e o contato realizado.

A amostra final contou com 2 equipes que aceitaram participar da pesquisa, correspondendo a um total de 21 sujeitos atuantes nas equipes ESF e ESB. Durante o processo 6 profissionais (2 técnicos de enfermagem e 4 ACS) não aceitaram participar do estudo por diferentes motivos. A participação no estudo teve caráter voluntário, sendo respeitada a livre decisão de participar ou não.

Ao total participaram 15 profissionais que atuam na ESF e ESB sendo: 2 dentistas, 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 Técnicos de enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 1 Técnico Saúde Bucal (TSB) e 5 ACS. Houve a predominância do sexo feminino (87%), idades entre 35 e 65 anos, tempo de experiência na APS de 1 a 10 anos. Com relação à formação a maioria possui nível técnico e dentre os profissionais de nível superior, 2 possuem formação complementar em Saúde Pública.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados contou com as seguintes etapas:

Aprofundamento do referencial teórico: Alinhamento teórico-conceitual a partir de leituras prévias e discussões em encontros presenciais da equipe participante do projeto multicêntrico – Pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal da Bahia.

Análise documental: Analisou-se documentos municipais sobre a estrutura e organização do serviço municipal de saúde bucal e dos Centros de Saúde (CS), tais como normas, rotinas, registros sobre

composição da equipe, modo de inserção da equipe de saúde bucal no serviço; relatórios de reuniões e de atividades das equipes.

Observação não-participante: foi realizada a observação da rotina de trabalho das equipes de saúde, em período definido, de acordo com o roteiro apresentado no Apêndice A. A observação ocorreu em 4 períodos - 1 manhã e 1 tarde em cada unidade de saúde participante e também durante o período de realização das entrevistas. O foco de observação foi a dinâmica de trabalho dos profissionais envolvidos na ESF e ESB do município estudado, e todo o processo envolvido no exercício de suas ações diárias registrado no diário de Campo. Tal instrumento permitiu descrever as impressões pessoais do pesquisador, os resultados de conversas informais, observações de comportamentos, detalhamentos de como se dá a prática do fenômeno investigado e todos os demais detalhes significativos para a pesquisa, ou seja, todas as manifestações que não façam parte das entrevistas formais. Este relatório pode e deve ser utilizado na construção dos resultados da pesquisa, tornando a pesquisa de campo mais fidedigna e caracterizando um diferencial no que diz respeito à técnica de observação (MINAYO, 2008).

Entrevistas Semi-Estruturadas: Coleta do dado narrativo.

A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre indivíduos na qual o entrevistador tem por objetivo obter informações do seu interlocutor, o entrevistado. É o momento de realizar uma escuta qualificada (HAGUETTE, 1987).

As entrevistas foram semiestruturadas e realizadas pela autora individualmente no local de trabalho do profissional no período de agosto/2014 a fevereiro/2015 e envolveu profissionais da ESF e ESB. O roteiro utilizado encontra-se no apêndice B.

Os entrevistados concederam a fala sendo gravada mediante autorização e transcrita posteriormente, totalizando 6,6 horas de áudio. A todos os entrevistados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo encontra-se no apêndice C. O TCLE informava ao participante a justificativa, objetivos, procedimentos da pesquisa, benefícios e riscos do estudo e foi assegurado o direito de recusa de participação e de sigilo das informações fornecidas, assim como desistir a qualquer momento, sem qualquer forma de constrangimento.

O TCLE foi apresentado em duas vias, assinado pelo entrevistado e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um. Cabe destacar que o convite à participação foi maior do que o número de

entrevistas efetivamente realizadas, sendo respeitada a livre aceitação e colaboração com o estudo.

4.4. Análise dos Dados

O método adotado para a análise dos dados foi a Análise Temática descrita por Minayo (2008) como a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analisado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso. Este método pode ser subdividido em três etapas: *Pré-análise; Exploração do Material, Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.*

Por se tratar de um recorte de um projeto multicêntrico realizado também nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, a etapa da categorização das entrevistas na região Sul iniciou a partir da codificação formulada pelos pesquisadores destas regiões. Reuniões presenciais foram realizadas entre os pesquisadores a fim de elucidar o processo. Definida a sistematização da etapa, novos códigos específicos para região Sul surgiram. O projeto contou com o software para análise de dados qualitativos, ATLAS.Ti® (Qualitative Research and Solutions versão 7.1.7).

4.5. Aspectos Éticos

O estudo respeitou a Resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram solicitadas autorizações das instituições envolvidas (Secretaria de Saúde do município e coordenações das UBS selecionadas), bem como a assinatura do TCLE por todos os envolvidos diretamente na pesquisa. Além disso, foi garantido o direito à informação, a participar ou não da pesquisa e o sigilo no trato das informações obtidas.

A aprovação final pelo CEP da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília aconteceu no dia 12/12/2013, com número de parecer 491.461 (Anexo 1). Por se tratar de projeto integrante de estudo multicêntrico, o parecer consubstanciado do projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Prefeitura Municipal de Florianópolis e foi aprovado e liberado com o ofício

OE/018/SMS/DFMSL/RH/IES/2014 (Anexo 2).

Os integrantes do projeto assumiram o compromisso de tornar público os resultados pelos meios científicos conhecidos e outros que porventura possam existir.

5. RESULTADOS

Esse capítulo será apresentado em formato de manuscrito a ser submetido a revista Cadernos de Saúde Pública. A apresentação encontra-se de acordo com os critérios da revista.

TRABALHO INTERDISCIPLINAR: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL **Peres, ACO; Carcereri, DL**

Resumo

No contexto de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se na Atenção Primária à Saúde (APS) a Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da APS e a presente pesquisa investigou como o trabalho interdisciplinar da ESF qualifica a APS para a promoção da saúde bucal. Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado no município de referência nacional em APS - Florianópolis-SC, cujos referenciais teóricos são: a interdisciplinaridade, a ergologia, a promoção da saúde. Da análise dos dados emergiram quatro eixos temáticos: Trabalho em equipe; Engajamento; reconhecimento dos pares; Ações coletivas; Vinculação Comunitária. As equipes apresentaram características reorientadoras do serviço. Um novo modelo de atenção centrado na promoção da saúde bucal se expressou nas práticas observadas e nos depoimentos das equipes. Marcas do modelo biomédico foram percebidas, principalmente nas relações de trabalho e nas estratégias metodológicas adotadas para a realização das ações coletivas. O trabalho interdisciplinar, quando estabelecido, qualifica a ESF como inovação tecnológica para a promoção da saúde bucal.

Abstract

In the context of structuring the Unified Health System (SUS) stands out in the Primary Health Care (APS) the Family Health Strategy (ESF). The interdisciplinary and team work is one of the foundations of APS and this research investigated how the interdisciplinary work of the ESF qualifies the APS for the promotion of oral health. It is a cross-sectional, descriptive and qualitative approach, performed in national reference municipality in APS - Florianópolis, SC, whose theoretical framework are: interdisciplinarity, ergology, health promotion. Data analysis emerged four themes: Teamwork; Engagement; peer recognition;

Collective action; Community binding. The teams presented actions that reoriented the service. A new model of care focused on oral health promotion expressed in the observed practices and the testimonies of the teams. Marks the biomedical model were perceived, especially in labor relations and the methodological strategies adopted to carry out collective actions. Interdisciplinary work, when established, qualifies the ESF as technological innovation to promote oral health. in labor relations and in methodological strategies used to carry out collective actions. Interdisciplinary work, when established, sets the technological innovation in promoting oral health.

Palavras-chaves: Interdisciplinary, Health Teams, Health Promotion, Oral Health

Introdução

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil segue estruturando e consolidando seu sistema de saúde. O SUS caracteriza-se pela hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade crescente, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população².

A APS recebe o papel de coordenadora da RAS, por sua capacidade de promover a continuidade da atenção, de um modo integrado com os diferentes pontos da rede. Tal capacidade possui duas dimensões: a vertical – entre APS e os demais níveis do sistema; e a horizontal - que envolve a articulação entre a própria equipe de APS, serviços de saúde e equipamentos sociais²

Considerando-se os princípios e diretrizes do SUS, a partir dos anos 1990 foram definidas políticas de fortalecimento da APS e a necessidade de repensar o modelo assistencial hegemônico. Atualmente, tem sido pautada a renovação da APS incluindo inovações tecnológicas materiais, como a informática, e inovações tecnológicas não materiais,

destacando-se as de reorganização do trabalho. No entanto, ainda são incipientes as inovações tecnológicas do tipo não material que apresentam potencial para influenciar positivamente o trabalho em saúde³.

Dentre as inovações do tipo não material, destaca-se na APS a Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerada uma inovação tecnológica de organização do trabalho com potencial para estruturar um novo modelo assistencial. A ESF prevê o cuidado aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário; tem a promoção da saúde, a integralidade e a interdisciplinaridade como referências para cuidar das pessoas na sua individualidade, complexidade e inserção social⁴.

A literatura registra o impacto positivo da ESF nos vários indicadores de saúde, “redução de gastos, melhora no acesso aos serviços de saúde, aumento da qualidade da atenção e das ações preventivas, garantia de cuidados mais apropriados e redução de ações desnecessárias”⁵. Entretanto, a ESF, ainda não superou o modelo biomédico e, nem alcançou sua implantação plena. É nesse contexto de desafios de expansão e consolidação da ESF e do SUS que entra nas agendas federal, estadual e municipal a discussão sobre ampliação do acesso e da qualidade das ações desenvolvidas na APS⁶.

No campo da saúde bucal, essas transformações ocorreram principalmente a partir do lançamento do “Brasil Sorridente”, a Política Nacional de Saúde Bucal do Governo Federal, PNSB, lançada em 2004, que tem por objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira a partir da operacionalização da oferta de serviços na APS pela ESF, incentivando também, o aumento da oferta de procedimentos de nível secundário e terciário⁷.

A exemplo da PNSB utilizou-se neste trabalho o termo “promoção da saúde bucal” configurando-a na discussão ampla da saúde e realizada através de políticas públicas saudáveis que busquem a ampliação da autonomia dos cidadãos⁷.

Os desafios de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal dos brasileiros persistem, seja pela inserção tardia das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF ou pela histórica prática odontológica, isolada das demais profissões da saúde, restringindo o profissional ao trabalho junto

ao consultório odontológico, o que dificulta a integração do cirurgião dentista (CD) ao novo modelo⁸.

Essa estratégia de inserção do CD no setor público associada à PNSB e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribui para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC)⁹. Apesar da diferenciação da “equipe de saúde bucal” em relação à equipe como um todo, as ações de saúde da família centradas no trabalho multiprofissional e na integralidade estão a exigir, de todas as áreas envolvidas, um compromisso com a saúde, em seu conceito mais ampliado. Desta forma, não há espaço para recortes, pois a ESF passa a ser o caminho para situar a Odontologia como uma das áreas que atuam no campo da saúde, reafirmando o modelo proposto pela corrente da saúde bucal coletiva. Uma odontologia capaz de “pensar grande”, “pensar o todo”, planejar e agir em conjunto com a equipe¹⁰.

As Diretrizes da PNSB apontam como necessidade para readequação do processo de trabalho na saúde bucal: a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação da assistência, as discussões das condições de trabalho e de parâmetros para orientar o processo de trabalho⁷.

Porém, o estudo de Reis, Scherer e Carcereri¹¹, fundamentado na ergologia, alerta sobre as diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Para os autores “o fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade”.

O trabalho interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da APS e também compõe o elenco de características do processo de trabalho da equipe¹². A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do processo saúde-doença; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições. A prática interdisciplinar não tem como objetivo negar as especialidades, e sim, superar a fragmentação do conhecimento para promover saúde¹³.

Considerando a ESF como modelo de inovação tecnológica presente na APS do município de Florianópolis-SC, e que as formas de organização do trabalho têm implicação direta no acesso e na qualidade das ações de saúde (bucal), a presente pesquisa investigou como o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde na APS qualifica essa inovação tecnológica para a promoção da saúde bucal.

No cenário nacional, Florianópolis destaca-se na implantação da ESF, sendo considerada referência em APS. Dentre as capitais, possui a melhor cobertura populacional, 94% para a Saúde da Família (SF) e 52% para a Saúde Bucal (SB). Nos últimos 5 anos o município garantiu por três vezes o 2º lugar no Prêmio Brasil Sorridente e possui o menor índice de cárie aos 12 anos (0,68). A capital também recebeu outros prêmios na área da educação, turismo, gastronomia e desenvolvimento econômico¹⁴. Por apresentar esse contexto de avanços e reconhecimentos, o município reúne características que o credenciam como contexto de estudo para pesquisas no âmbito da APS.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, cujos referenciais teóricos são: a interdisciplinaridade, a ergologia, a promoção da saúde e as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Bucal.

O cenário dessa pesquisa foi o município de Florianópolis-SC. A amostra foi intencional e seguiu os seguintes critérios: a) Equipes ESF e ESB completas; b) Equipes indicadas pelo gestor e que tenham tido bom desempenho no 1º ciclo do Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) c) Equipes relacionadas ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou que tivessem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como referência d) Equipes que não contavam com a presença da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e) Processo de trabalho ESF:ESB preferencial 1:1. Integraram o estudo duas equipes, pertencentes a Unidades Básicas de Saúde (UBS) de diferentes distritos sanitários. Ao total participaram 15 profissionais que atuam na ESF e ESB sendo: 2 dentistas, 2 enfermeiros, 2 médicos, 2 Técnicos de enfermagem, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 1 Técnico Saúde Bucal (TSB) e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Houve a predominância do sexo feminino (87%), idades entre 35 e 65 anos, tempo de experiência na APS de 1 a 10 anos. Com

relação à formação a maioria possui nível técnico e dentre os profissionais de nível superior, 2 possuem formação complementar em Saúde Pública.

O caráter multiprofissional da amostra teve por objetivo incluir diferentes visões sobre o objeto de estudo, considerando que a Promoção de Saúde Bucal abrange o campo de competências e responsabilidades das outras áreas profissionais¹⁵.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, de observações em campo e leitura de documentos estratégicos como a Política Municipal de Atenção Básica, Protocolos Municipais de Saúde Bucal e normas para encaminhamentos do setor odontológico.

A técnica da entrevista semiestruturada pode ser definida como um processo de interação social entre entrevistador e interlocutor com objetivo de obter informações. É o momento de realizar uma escuta qualificada¹⁶. O roteiro foi composto de 2 blocos: Trajetória Profissional e Processo de Trabalho. As entrevistas foram realizadas nos Centros de Saúde (CS), gravadas e transcritas posteriormente totalizando 6,6 horas de áudio, variando entre 20 e 45 minutos cada uma. Para manter o sigilo, os participantes foram identificados por suas categorias profissionais.

Foram realizados 4 períodos específicos de observações em campo totalizando 16 horas. As observações foram registradas no diário de campo e tiveram como foco a dinâmica do processo de trabalho. Esta etapa considerou os aspectos condizentes com a norma prescrita para o trabalho, o envolvimento dos profissionais com o trabalho e seus comportamentos¹⁷.

A técnica adotada para a análise dos dados foi a Análise Temática¹⁸ que subdivide-se em três etapas: Pré-análise – Organização e seleção dos documentos, leitura flutuante, retomada dos objetivos; Exploração do Material – Formulação de categorias; Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação – Revelação das informações. Para a análise de dados foi utilizado o suporte do software para análise de dados qualitativos ATLAS.Ti® (Qualitative Research and Solutions), versão 7.1.7.

Foram respeitadas as normas da Resolução no 466/12/CNS. O estudo recebeu aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e parecer final aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), responsável pelo estudo multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹⁹.

Resultados e Discussão

Após o processo de análise os dados foram organizados em 4 eixos temáticos: Trabalho em Equipe; Engajamento – Reconhecimento dos Pares; Ações Coletivas e Vinculação Comunitária. A figura 1 apresenta os eixos temáticos articulados entre si representando quatro pilares que fundamentam o trabalho interdisciplinar na promoção da saúde bucal.

Figura1: O ciclo do trabalho interdisciplinar na promoção da saúde bucal.

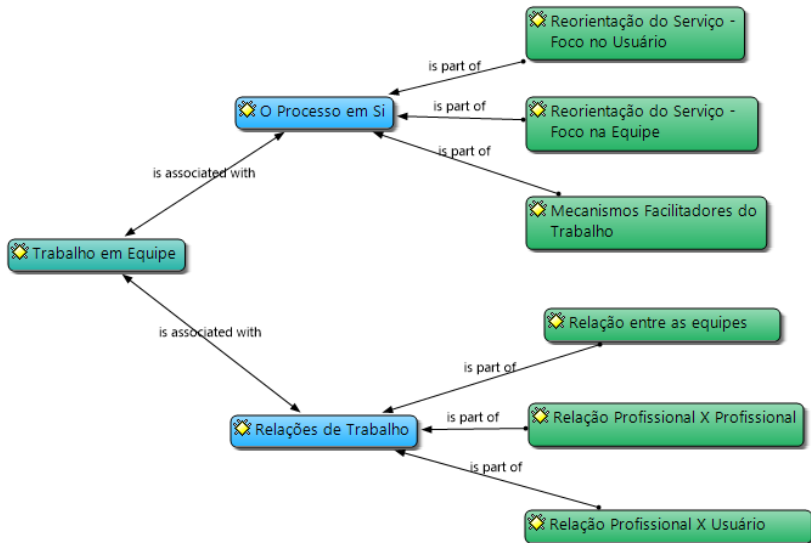


A seguir os dados da pesquisa são apresentados destacando trechos das entrevistas relativos à cada categoria, seguidos da discussão pautada com ênfase nos referenciais teóricos utilizados.

Eixo 1- Trabalho em equipe

Eixo referente às práticas do trabalho em equipe, suas categorias e subcategorias.

Figura 2: O Trabalho em Equipe – Processo e Relações



Categoria 1: O processo em si

O processo em si refletiu as práticas reorientadoras do serviço. Estas práticas tiveram 3 vertentes: 1 - o foco no usuário tais como: acolhimento, vínculo, ampliação do acesso, priorização, corresponsabilização; 2 – o foco no trabalho da equipe: reuniões da equipe, atividades compartilhadas, planejamento e avaliação das ações feitas pela equipe; 3 – os mecanismos facilitadores do trabalho.

Sobre a primeira vertente, temos o acolhimento como principal estratégia utilizada pelas equipes. Essa estratégia propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde - acesso; (b) reorganizar/questionar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário - vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário e ainda desencadear o cuidado integral²⁰.

Foi possível notar nas falas dos entrevistados que esses princípios estão presentes e durante os momentos de observação percebeu-se o quanto o acolhimento tenciona as relações profissionais, exige dinamicidade e constantes discussões nas equipes.

“As pessoas não precisam mais vir de madrugada, podem vir no horário que abre o posto, todos são atendidos, independente do que tem ou não, se não, são agendados” (TEnf).

“Para o adulto melhorou, porque agora sempre tem acolhimento, tanto de manhã como à tarde [...] dificilmente mandam alguém embora, a porta de entrada da odontologia melhorou” (ACS).

Starfield discute o acesso e mostra que este permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis²¹². Nesse estudo se observou que as equipes utilizaram o acolhimento como o principal dispositivo para ampliar o acesso aos serviços. Ambas equipes o relacionam com a atenção à demanda espontânea, porém uma organiza seu processo de trabalho devido à grande demanda e a outra devido ao excesso de faltas dos usuários provindos da demanda programada.

As equipes demonstram compreender a importância do vínculo com os usuários para o trabalho na APS, como pode ser observado nas falas a seguir:

“Eu tô aqui há 6 anos, eu sei quem mora aonde, com quem, quais são os problemas daquelas pessoas. Tu acaba criando um vínculo com o paciente [...] quando tem um vínculo, tu consegue realmente atingir naquilo que ele está precisando. Porque tu conhece a necessidade de cada um” (TEnf).

“Você se envolve com aquela casa, com aquela família, com aquela história, com a comunidade” (ENF).

“Eu gosto de fazer uma relação, é a primeira coisa que faço quando entro na consulta. [...] [porque] eu tenho pessoas carentes de pessoas que as escutam” (MED).

O vínculo é um instrumento relacional que permite a circulação de afetos entre pessoas e constitui-se como ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo. A construção do vínculo, centra-se na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, ou seja, no receber bem cada usuário que comparece ao serviço, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores⁶.

Percebeu-se que o cuidado com o usuário possuía vínculo, acolhimento e responsabilização dos profissionais, porém a atuação corresponsável, ou seja, o cuidado compartilhado, respeitando a autonomia do sujeito em seu processo saúde-doença-cuidado não era abordada. Conforme o trecho a seguir, notou-se que a corresponsabilização é vista como compromisso do usuário em estar presente:

“Esses pacientes do acolhimento não têm retorno, mas antigamente eu fazia retorno, entretanto havia muitas faltas e o retorno ficava pra dois meses, [...] por isso decidimos pelo acolhimento, que é demanda espontânea [...]. Se o procedimento exigir um retorno nós marcamos. Então a pessoa acaba sendo responsável pelo seu tratamento” (CD).

A PNAB orienta o processo de trabalho da ESF a fim de que esta desenvolva ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis⁴;

“Claro que criança, idoso e gestante podem chegar qualquer dia e marcar” (ACS).

“Tem grupos aqui de zero a sete anos. [...] É falado sobre saúde bucal, toda a orientação, fornecido escova e pasta e analisado pelo dentista e havendo necessidade já é marcado” (TSB).

“O grupo de diabéticos é um dos grupos que vem muito mais gente [...] por que a insulina tá lá e eles tem que ir buscar” (ACS).

Ter um processo de trabalho capaz de incorporar as normas mostrou-se um grande passo na construção do cuidado integral. A priorização utiliza-se dos ciclos de vida e das condições crônicas para que a demanda seja organizada. Porém, em ambas equipes, existe a vinculação da prioridade à uma necessidade indispensável para ao usuário, o que pode gerar insatisfação e desmotivação do usuário em seu autocuidado²⁰.

Com relação a vertente das práticas de reorientação do serviço focadas no processo de trabalho da equipe, foram elencadas como principais: as reuniões de equipe, as atividades compartilhadas, o planejamento e avaliação de ações de saúde.

“As reuniões de planejamento semanais estão na minha agenda” (CD).

“Toda quinta-feira de 10:00h as 12:00h tem como nós chamamos de reunião de planejamento, mas na verdade o que a gente faz é educação permanente, então tem a participação de toda equipe” (ACS).

As reuniões de equipe são importantes dispositivos de estruturação, informação e estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. Para a ESF é o espaço para o diálogo entre os profissionais, a construção de projetos e planos de tratamento coletivos, efetivando assim o trabalho interdisciplinar²².

No município estudado esse espaço é garantido em todas as equipes, como preconiza a Política Municipal de Atenção Básica (PMAB). Durante a observação, foi possível perceber a participação maciça e integrada de todos os profissionais da equipe. Estes destacaram a importância desse momento exclusivo para a organização da atenção a ser dada para sua área de abrangência e principalmente para a

organização das atividades grupais relativas ao planejamento e execução de ações, expressa nas falas abaixo:

“Toda a equipe [planeja]. Toda a equipe diz como vai ser feito” (TEnf).

“O planejamento é realizado na primeira quinta-feira de cada mês, quando tem alguma atividade para acontecer ou que está sendo planejada nós colocamos nessa reunião” (ENF).

No que se refere às atividades compartilhadas, as situações mais evidentes de articulação estão relacionadas às discussões de caso por meio da interconsulta, em reuniões de equipe, ou o trabalho conjunto durante à atenção domiciliar:

“A gente tem muita relação de conversar sobre casos, lesões [bucais]. Então quando eu vejo um paciente com alguma coisa assim eu falo com a dentista” (MED).

“Uma criança com linfonodo enorme e o pai pensava que era caxumba, e não era, eu precisava de um exame bucal porque precisava olhar a causa, buscar o porque tinha isso e uma das coisas que fiz foi discutir com o odontólogo, revisamos o caso na mesma tarde porque tivemos um tempo pra isso” (MED).

“Cada dia tem uma atividade. Atividades com grupos, tem visita domiciliar e consultório” (CD).

“A gente faz visitas em comum, a última foi odonto e enfermagem [...] O momento é de entrosamento, quando a gente fala com a pessoa, na casa da pessoa. E depois nas reuniões que a gente discute o que aconteceu” (TEnf).

O trabalho em equipe na ESF ressalta a integralidade do cuidado em saúde. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade⁶.

Nas falas destacadas acima, o trabalho compartilhado referiu-se principalmente ao cuidado compartilhado, sendo este a base da integração entre a equipe. A relação dialógica dentro da UBS também

ficou evidente. Essa relação contribuiu para a superação das relações hierarquizadas, indo ao encontro das competências fundamentais que os profissionais da saúde pública necessitam. Dentre elas estão: capacidade de análise do contexto com relação às práticas que realizam; organização e gestão do processo de trabalho; atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética nas intervenções⁶ qualificando o trabalho interdisciplinar.

Ainda em relação à categoria “o processo de trabalho em si”, a terceira vertente destaca os mecanismos facilitadores do trabalho utilizados pelos profissionais tais como: existência de sistemas informatizados para a regulação – SISREG -, o prontuário eletrônico – INFOSAÚDE -, presença de computadores com acesso à web, telefone, protocolos de atenção à saúde e fluxos de acesso definidos, conhecimento da norma para trabalhar com esses sistemas, atenção secundária organizada e administrada pelo município.

“A dentista faz mais o básico aqui, se for tratamento de canal ou colocar prótese ela encaminha para o CEO e o administrativo marca pelo sistema” (ACS).

“O dentista regulador vai avaliar a urgência [...]. Na odontologia todos os encaminhamentos são 100% regulados [...] então toda a solicitação que eu faço passa por esses dentistas [...]. A contra-referência é manual. Mas eles colocam o que foi feito no prontuário eletrônico” (CD).

A integração da rede assistencial no município é realizada através de centrais informatizadas: o INFOSAÚDE – prontuário eletrônico presente na AB e na atenção secundária; SISREG – sistema web do Ministério da Saúde (MS) - que possibilita marcação, gerenciamento da oferta de consultas especializadas, definição de prioridades e gerenciamento das filas de espera²³.

Todos os profissionais relataram conhecer esses sistemas e afirmaram que sua utilização agiliza o trabalho além de aproximar os profissionais na tomada de decisões quanto aos encaminhamentos.

Categoria 2: Relações de trabalho

Ao analisar as relações de trabalho nas equipes interdisciplinares, considera-se o modo como se desenvolve o processo de trabalho e a compreensão acerca dos seus componentes (finalidade, objeto, instrumentos, força de trabalho) com vistas a obtenção de um resultado²⁴.

A primeira relação de trabalho explorada foi entre as equipes ESF e ESB. Durante o relato sobre a dinâmica do trabalho, a interação, articulação, os entrevistados se referiram a estas como satisfatórias e motivadoras para a realização do trabalho:

“Aqui na unidade não temos a separação de equipes, em muitos lugares os colegas ficam surpresos quando a gente fala da parte da odonto com tanto carinho, e nós escutamos que em outras unidades as equipes não se misturam, a clínica com a odontologia. Talvez só em horas de reunião de equipe ou coisa assim, e aqui nós convivemos juntos, é bem integrado” (ACS).

“É bom trabalhar com uma equipe que te apoia, isso te motiva acordar e vir trabalhar” (ACS).

Em relação a interação ESF, ESB com a equipe NASF, os relatos revelam diferentes compreensões sobre essa interação. Isso pode ser justificado pela recente inserção dessas equipes na APS e seu processo de trabalho ser apoiado no matriciamento, o qual objetiva assegurar retaguarda especializada à ESF²⁵, entretanto esse processo ainda é confundida como “assistência especializada na AB”:

“A articulação do pessoal do NASF acontece mais com a enfermagem e o clínico. Se tiver com a odontologia eu não sei” (ACS).

“Essa articulação [com o NASF] é bem interessante, nós temos o matriciamento. Nesses matriciamentos nós agendamos pacientes ou discutimos casos com o profissional” (ENF).

Para esclarecer o processo de trabalho do NASF seria necessário um diálogo próximo e integrado das equipes. Esse

espaço dialógico seriam as reuniões de equipe, porém a participação dos profissionais NASF neste momento não é sistemática:

“Eles vêm aqui uma vez por semana, o geriatra vem duas... [Eles participam] das reuniões [de planejamento] se os dias coincidirem com os dias que eles estão aqui, porque tem os outros postos. Mas se nós precisarmos deles [...] eles mudam o dia da ida no outro posto” (ACS).

A relação entre os profissionais de uma mesma equipe pode apresentar uma dinamicidade capaz de definir o quão próxima é a relação. Esse aspecto pode interferir, em diferentes níveis, no trabalho coletivo¹³. O sentimento de pertencimento à equipe e a visão/postura médico-centrada foram observados como pontos de fragilidade para o trabalho interdisciplinar:

“Na verdade, meu trabalho com a equipe, é como eu falei, eu sou uma pessoa meio isolada, eu não participo muito assim não. Eu participo do que me chamam pra participar. Mas eu me oferecer pra fazer as coisas é mais difícil. Tipo ‘quem vai fazer tal coisa?’ . Ai eu fico calada” (ASB).

“Eu distribuo um pouco a responsabilidade. Eu acho que elas até sofrem mais do que eu, porque eu passo a maior parte do tempo trancado aqui dentro atendendo [...] e elas sim é que saem pro campo pra enfrentar os problemas que aparecem...e eu fico mais aqui tipo príncipe sentadinho aqui fazendo o atendimento das pessoas” (MED).

No que se refere a relação profissional-usuário, a atuação interdisciplinar pode propiciar um relacionamento baseado nas necessidades do usuário²⁶. Neste estudo o foco foi o profissional e sua visão sobre o usuário. Neste momento, destacou-se a vinculação a partir das necessidades dos usuários em utilizar os serviços, mas em contraponto, os profissionais apresentam uma visão negativa do usuário em relação à participação nas ações de promoção da saúde:

“A maioria é tudo SUS. Acaba que vem tudo pra cá. É raro alguém da comunidade que não conheço aqui. Tanto é que a gente começa a conhecer eles de tanto eles virem pra cá, a gente acaba ficando meio íntimo” (ACS).

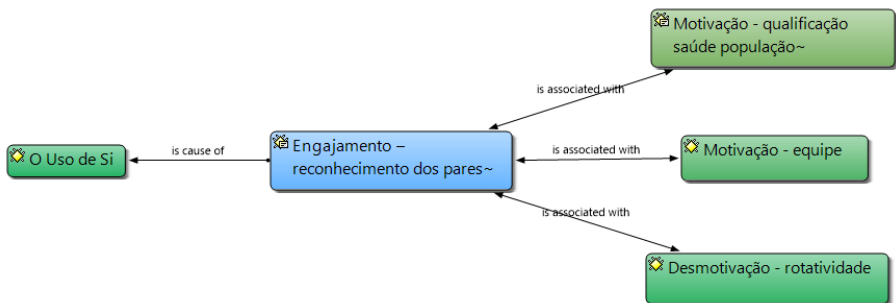
“Só vêm quando precisam da unidade de saúde. Eles não observam que tem outras coisas que eles podem aproveitar como saúde também, como uma terapia de grupo, um tratamento diferente do medicamento, ninguém está interessado nisso, para eles a consulta já é suficiente” (ACS).

Uma limitação identificada no estudo foi a não investigação com relação a visão do usuário sobre esse aspecto, o que poderia esclarecer melhor esses pontos trazidos nas falas dos profissionais.

Eixo 2: O uso de si

Esse eixo refere-se ao trabalhador, seu envolvimento, motivação, sua relação, intrínseca ou extrínseca, para com o trabalho. A figura 3 representa essa relação a partir do engajamento do profissional obtido a partir do reconhecimento dos seus pares.

Figura 3: Relações de Trabalho - O uso de si



Segundo o referencial da Ergologia, o “uso de si” manifesta-se à medida em que o trabalhador faz escolhas, busca preencher o que falta e, para tal, constrói suas próprias estratégias, faz uso de suas próprias capacidades, recursos, cria suas próprias leis, mobiliza qualidades pessoais tais como saberes-fazer, seus valores, seus afetos, seu julgamento, investindo na atividade e impulsionando a escolha entre trabalhar “por si” ou “pelos outros”, gerindo, assim, seu trabalho^{17,12}.

“Os profissionais aqui são muito bons de trabalhar, me envolvo com todas as equipes, não só com a minha, e tento colaborar com o que eu posso. [...]” (TSB).

“A gente tem a reunião da quinta-feira, ou na cozinha quando tá tomando café, a gente conversa sobre isso [o planejamento], ou a gente faz e leva pra pessoa ver no intervalo de uma consulta ou outra, e assim vai indo” (TEnf).

Outro ponto que influencia o trabalhador é a motivação. Esta refere-se ao estado em que o trabalhador se sente com disposição ou vontade para trabalhar produtivamente, podendo ser conceituada também, como "o desejo de obter algo" ou como "um impulso para o engajamento e a satisfação de realizar o trabalho"⁶. Alguns fatores relacionam-se com a motivação para o trabalho: o salário, a carga horária, a sobrecarga de trabalho, a rede de suporte ao trabalho e as relações multiprofissionais²⁷.

No caso do município estudado estes diferentes fatores não foram citados pelos profissionais como os motivadores, já que, de acordo com a legislação municipal, todos os profissionais da ESF e ESB possuem jornada de trabalho de 40h semanais, Plano de Cargos, Carreiras e Salários instituído, vínculo estatutário ou contratos formais celetistas, rede de atenção secundária gerida pelo município através de sistema regulatório²⁸. Ou seja, para estes trabalhadores, a maior motivação encontra-se no fator relacionado ao desejo de obter algo: ajudar o próximo a obter saúde.

“Minha motivação é saber que tem pessoas carentes, necessitadas mesmo que precisam chegar até a gente” (TSB).

“Eu acho bom, acho bom ajudar as pessoas porque aqui a maioria são pessoas humildes” (ACS).

“Motivação? É tornar melhor a vida das pessoas” (ASB).

“Eu gosto de pessoas e de conversar, de trocar, essa é a minha motivação. Eu gosto de ajudar, me deixa feliz a pessoa chegar aqui com um problema [...] e eu poder fazer alguma coisa” (CD).

“Então é bem bom, bem gratificante e também as famílias agradecem porque a gente dá informação, e a gente fica bem feliz” (ACS).

Mesmo diante de um contexto favorável para o trabalho interdisciplinar, a rotatividade de profissionais, principalmente da área médica, foi elencada como ponto desmotivador:

“Eu tenho apenas uma ressalva: há muita rotatividade [de profissionais]. Às vezes a equipe fica sem médico, e sempre numa área com mais problemas, de maior demanda. [...] Até mesmo a lotação aqui no bairro, os profissionais não querem” (CD).

O trabalho em equipe, mostrou-se com potencial motivador para a realização do trabalho, pois em equipes interdisciplinares as trocas de conhecimento e o fortalecimento dos laços de corresponsabilidade contribuem para reduzir as cargas de trabalho e aumentar a satisfação por proporcionarem maior confiança em estar prestando uma assistência de melhor qualidade²⁷.

Eixo 3: Ações Coletivas

Esse eixo explora as práticas realizadas coletivamente pelos trabalhadores. Suas subcategorias relacionam-se com o atual contexto político institucional brasileiro de tentativas de mudança no modelo de atenção. Tem como ingredientes a complexidade dos problemas a serem enfrentados e as histórias dos indivíduos e dos coletivos²⁹. As tarefas exigidas no novo modelo da APS requerem: A Interdisciplinaridade; A Integralidade do Cuidado; O Controle Social – o que configura a uma nova interface a ser administrada pelos trabalhadores.

O trabalho coletivo se faz pela inter-relação entre profissionais e destes com o usuário e ambos possuem os mesmos anseios: a saúde²⁰. O trabalho interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos da Atenção Básica e também compõe o elenco de características do processo de trabalho da equipe¹³.

Figura 4: O Trabalho Coletivo e suas Ações



Dentre as ações de cunho coletivo, o trabalho com grupos teve destaque, independente do foco – promoção da saúde ou prevenção de agravos; pois, este trabalho, configura uma alternativa para as práticas assistenciais, favorece o vínculo e o aprimoramento de todos os envolvidos por valorizar os diversos saberes.

Dentre as ações de educação em saúde e promoção e prevenção, foi possível identificar uma diversidade de práticas desenvolvidas com grupos compostos por usuários oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas; de puericultura, pré-natal e planejamento familiar²¹. No cenário do estudo, as equipes apresentaram uma boa oferta de atividades em grupo:

“As pessoas participam muito dos grupos de apoio, planejamento familiar, saúde bucal, medicina natural” (MED).

“Tem a promoção com os pescadores que acontece lá no Rancho [...] Nós vamos até eles” (ACS).

“O grupo de caminhada seria ótimo, uma boa ação de saúde, mas por que é difícil? Porque a pessoa não quer, acha que tá bem [...]. A gente não tem muita adesão” (ENF);

“A comunidade não participa muito, estamos com um grupo aqui que vem duas pessoas...Acaba que fica só gente daqui de dentro [da unidade]” (ACS).

A questão da adesão da comunidade aos grupos foi trazida por alguns profissionais. Uma possível justificativa seria o não reconhecimento pelos usuários como pertencentes a um grupo. Um grupo refere-se a todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados. Ou seja, uma construção de objetivos e metas transformadoras para uma condição deve ser realizada pelos participantes do grupo³⁰. Essa característica ainda faz parte da realidade local, já que os usuários não participam das tomadas de decisão em relação aos grupos:

“No meu modo de pensar, as ideias saem daqui de dentro em conjunto, [...], nós discutimos as ideias, como vai ser feito e como os grupos vão ser montados [...]” (ACS).

De acordo com os entrevistados, o trabalho coletivo de caráter intersetorial centra-se na integração com o setor Educação, principalmente através do cumprimento das ações referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE):

“O que é feito nas creches, escolas é palestra e escovação, informar, vai folhetos” (TSB).

“A gente faz o PSE, então a gente vai na escola, tem uma reunião com os articuladores da escola, conversamos sobre os problemas de algumas crianças pontuais e também aquela ação de pensar, medir, fazer o teste de visão” (ENF).

O trabalho coletivo para promover saúde no sentido de gerar mudanças na qualidade de vida da população também foi relatado.

“Temos o projeto que a gente chama de “quem é vivo sempre aparece”. A gente começou a observar nas visitas domiciliares que,

aqui tem bastante idoso [triste]. Numa visita [...] a idosinha falou ‘ai como é que está seu pai, que saudade de ver seu pai... como eu queria vê-lo de novo’. [...] A gente pensou [...] e conseguiu um carro da prefeitura pra promover uma visita de um pro outro, nada muito grande, não um grupo de idosos que seria muito grande e muito difícil de organizar. Mas assim, a dona Maria visita a dona Ana [...] A gente tá promovendo uma qualidade de vida, digamos assim. Um pouquinho né” (ENF).

Com relação aos métodos adotados pelas equipes para a realização das ações coletivas, notou-se a manutenção de práticas tradicionais como as palestras e os teatros com foco na prevenção:

“Aqui [no grupo da comunidade] nós sempre fazemos palestras, orientar as mães” (TEnf).

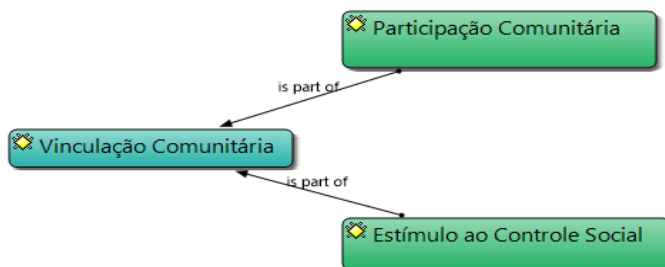
“Com os pescadores. Eles tiveram uma palestra de primeiros socorros e a gente fez uma de próstata porque teve o novembro azul” (ACS).

“Teve uma situação de infestação de piolho. A gente fez um teatrinho e parece que resolveu” (ENF).

Eixo 4 – Vinculação comunitária

Esse eixo refere-se às práticas adotadas pelas equipes para criar vínculo com a comunidade, principalmente a partir do estímulo à participação nas atividades de promoção da saúde e no fortalecimento do controle social. A figura 5 ilustra essa relação.

Figura 5: A Vinculação Comunitária



É no cenário de transformações dos modelos que a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) entra como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas³¹.

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado a sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social são competências do processo de trabalho proposto pela PNAB³¹.

Para as equipes estudadas, o estímulo à participação comunitária mostrou-se interligado com a presença do Conselho Local de Saúde.

“Tem o grupo de Conselho Local que sempre discute as melhorias no atendimento” (TEnf).

“As coisas estão caminhando [...] com a ajuda do Conselho Local temos conseguido fazer algumas parcerias” (CD).

Controle social pode ser definido como a “[...] capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade. Desse modo, o controle social não é exercido somente pelos usuários, mas pelos diferentes segmentos representativos. É papel da equipe empoderar os diferentes representantes³².

“Nosso intuito é envolver até os familiares, envolver mais gente no controle social, estimular a participação social. [...] Empoderar a comunidade é a nossa meta” (CD)

“A gente na verdade tenta. Eu faço parte do Conselho Local de Saúde. A gente tenta puxar os outros órgãos pra estar mais junto.

Discutir sobre a comunidade o que está faltando, as necessidades, essas coisas todas” (TSB).

A cultura da não participação da nossa sociedade e a falta de conhecimento de como funcionam as instâncias participativas pode justificar a baixa adesão às reuniões do Conselho^{6,32}:

“O Conselho Local de Saúde [...], infelizmente tem reunião que tem mais profissionais do que a própria população” (ENF).

“Temos o Conselho Local de Saúde que tem parcerias. Só que [os usuários] não aparecem. [...] Toda reunião é assim” (ACS).

Para que a vinculação entre profissionais e comunidade apresente reflexo no controle social, a ponto de torná-la uma prática interdisciplinar, ações voltadas para a orientação e esclarecimento da população, funcionários e conselheiros sobre o funcionamento e o papel dos conselhos gestores locais de saúde devem ser realizadas.

Considerações Finais

Na atuação das equipes ESF e ESB escolhidas para o estudo, o trabalho interdisciplinar mostrou-se presente, configurando-se como um potente norteador das mudanças esperadas no modelo assistencial em saúde no SUS. As equipes estudadas mostraram diferentes características reorganizadoras do serviço pautadas no trabalho interdisciplinar, como: a presença de acolhimento, o vínculo, ampliação do acesso, trabalho coletivo, estímulo ao controle social.

Mesmo em um cenário favorável ao trabalho interdisciplinar, o perfil do profissional e seu engajamento revelaram-se como pontos centrais para o desenvolvimento das mudanças pretendidas pela ESF.

Um novo modelo de atenção centrado na promoção da saúde bucal se expressa nas práticas observadas e nos depoimentos das equipes. Marcas do modelo biomédico foram percebidas, principalmente nas relações de trabalho e nas estratégias metodológicas adotadas para a realização das ações coletivas. Alguns pontos fundamentais para o trabalho interdisciplinar e para a superação de tais práticas, seriam a educação permanente e capacitação do profissional, foram pouco evidenciadas.

O estudo evidenciou que o trabalho interdisciplinar, quando estabelecido, configura a inovação tecnológica na promoção da saúde bucal.

Recomenda-se outros estudos com vistas a compreender a visão do usuário sobre o trabalho interdisciplinar na promoção de saúde bucal; estudos que evidenciem como as mudanças em curso têm sido percebidas pela população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. [acessado em 30/04/2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
2. Rodrigues L, et. al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saúde Coletiva*. 2014.
3. Lorenzetti J; Trindade LL; Pires DEP; Ramos FRS. Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: Uma reflexão necessária. *Text Contexto Enfermagem*. 2012.
4. Andrade LOM.; Barreto ICHC; Bezerra RC; Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS; Minayo MCS; Akerman M; Dumond JM; Carvalho YM (org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783-836.
5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. v. 24, 2008, p. 7-16.
6. Araújo M, Rocha P. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet*. vol. 12, 2007, p. 455-464.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal. Brasília, 2008.
9. Botazzo C, Chaves SCL. Saúde Bucal Coletiva: antecedentes e estado da arte. In: Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Carcereri DL. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina. 2005. 217f. Tese – UFSC, Florianópolis, SC.
11. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate*. 2015.
12. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005.
13. Saupé R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Apud Japiassu, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005.
14. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=12325>
15. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet*, 2010.
16. Haguette TMF. Metodologias Qualitativas na Sociologia. [S.l.: s.n.], 1987.
17. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pró-Posições, v. 1, jul. 2000.
18. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. [S.l.: s.n.], 2004.
19. Scherer MDA. CNPq. Estratégia Saúde da Família- Inovação Tecnológica para ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica – Estudo Multicêntrico. Projeto. 2012.

20. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSBJ. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev Bras Enferm*, 2013.
21. Souza ECF, Vilar RLAR, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Apud Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, 2004. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, 2008.
22. Grandó M, Dall'agnol. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde família. *Esc Anna Nery* 2010.
23. Giovanella L, et. al. Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2009.
24. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde.
25. Ferro LF, Emelin CS, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, 2014.
26. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*, 2009.
27. Forte ECN. A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil. Dissertação. Florianópolis, 2013.
28. PMF. Portaria Nº 283/2007. Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis, 2007.
29. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cienc Saude Coletiva*, v. 18, 2013, p. 3203-3212.
30. Dias VP, Silveira DT, Witt TT. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Rev. APS*, 2009.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília, 2010.
32. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica. *Texto Contexto Enferm*, 2007.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família foi uma necessidade sentida a partir de uma experiência – A Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Realizar um trabalho interdisciplinar quanto residente parecia fácil, a equipe já era multiprofissional. E os profissionais da equipe de saúde também conseguiam fazê-lo quando não há residente questionando o trabalho o tempo todo? E promover saúde bucal?

Essas questões me motivaram a realizar esse estudo, me aproximar de uma realidade tão minha, a ESF, mas com o olhar de pesquisador.

O trabalho é uma ação dinâmica, e em saúde, mais ainda, pois é feito por pessoas para pessoas. Compreender essa dinâmica sem ser parte dela, tornou-se uma inquietação, principalmente ao relacionar o que, como, quando e porque o trabalho é realizado dessa maneira. O trabalho interdisciplinar exige competências, relações, motivações, trocas, características essas que podem ser adquiridas, trabalhadas e aperfeiçoadas ao longo do processo.

Ao realizar essa pesquisa nas Unidades de Saúde foi possível perceber que as normas, as Políticas, influenciaram fortemente o processo de trabalho, mesmo para aqueles profissionais que relataram não as conhecer. A garantia de momentos específicos para a prática do diálogo, fortalece a capacidade de se trabalhar interdisciplinarmente. Porém, as mudanças nas práticas, nas ações, principalmente aquelas voltadas para a Promoção de Saúde ainda estão em construção. A educação permanente, tanto para profissionais quanto para a comunidade, é uma potente estratégia no desenvolvimento desse processo de transformações. Trabalhar com a comunidade conceitos como promoção e prevenção, controle social, discutir as práticas reorientadoras do serviço, a criação de ambientes saudáveis, promove o envolvimento entre os sujeitos, uma rica interação onde todos se beneficiam.

Realizar esta pesquisa contribuiu na compreensão do processo de trabalho em saúde bucal e em saúde família, rompendo barreiras e expandindo olhares.

Chego ao fim com a sensação de que um passo foi dado. Muito há o que se estudar sobre essa dinâmica de trabalho, principalmente no que tange as relações de trabalho marcadas pela história da medicina hegemônica e pelas ações de saúde, realizadas por estratégias que não produzem o diálogo e as trocas de saberes. A saúde bucal ainda tem muito a caminhar, mas já foi possível verificar que a semente da interdisciplinaridade está germinando, que a modelo assistencial está mudando, e que esse tipo de trabalho coletivo com seus pilares na Promoção da Saúde, é inovador.

7. REFERÊNCIAS

ABERCROMBIE, N.; HILL, S., TRUNER, B. **The Penguin Dictionary of Sociology**. England: Penguin Books, 2000.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S, AKERMAN, M., DRUMOND, J.M., CARVALHO, Y.M., (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783-836.138p.

ARANTES, C.I.S; MESQUITA, C.C; MACHADO, M.L.T; OGATA, M.N. **O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica**. Texto Contexto Enferm, 2007

ARAÚJO, M.R; ASSUNÇÃO, R.S. **The practice of the community health agency in health promotion and disease prevention**. Revista Brasileira de Enfermagem. 57, 2004. p. 19-25.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. **Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011.

BLANK, V. L. G. **Occupational injuries and technological development –studies in the Swedish mining industry**. Ph.D. Dissertation, Karolinska Institut, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Sundbyberg, Sweden, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 10 out.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003. **Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do**

Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília, DF. Disponível em: <saúde.gov.br/legislação>. Acesso em: 1 out. 2013.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acessado em: 1 de setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf. Acessado em 20/08/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.2_3.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf>. Acessado em: 22/10/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria 2048, de 03 de setembro de 2009: **Regulamento do Sistema Único de Saúde.** Brasília (DF), 2009.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.** 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acessado em: 25 de setembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2011b. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 17/09/2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em 01/10/2012.

BRITO, J.C. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** Cadernos de Saúde Pública, v. 21, nº 5, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas.** Sociedade e Cultura, v. 3, nº 01e 02, jan/dez. 2000, p. 51-74.

CARCERERI, D.L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina.** 2005. 217f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

CERICATO, G.O., GARBIN, D e FERNANDES, A.P.S. **A inserção do cirurgião dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal.** RFO, v. 12, n. 3, p. 18-23, setembro/dezembro 2007.

CONNILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Caderno Saúde Pública. v. 24, 2008, p. 7-16.

_____. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** Caderno Saúde Pública. v. 18, 2002, p. 191-202.

DURRIVE, L. **A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves**

Scwartz. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

ESPING-ANDERSEN, G. (1992) **'Introduction'** in **idem (ed.) Changing Classes: Stratification and Mobility in Post-Industrial Societies.** Sage: London.

FERRO, L.F.; EMELIN, C.S.; ZIMMERMANN, A.B.; et.al.; **Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios.** O Mundo da Saúde, v. 38, (2), p. 129-138, 2014.

GARRAFA V, MOYSÉS SJ. **Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica.** Rev Divulgação Saude Debate. 1996;(13):6-17.

KOZINETS, RV. On netnography: initial reflections on consumer research investigations of cyberculture. **Advances in Consumer Research.** v. 25, p. 366-371, 1998.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L.L.; PIRES, D.E.P; RAMOS, F.R.S. **Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: Uma reflexão necessária.** Text Contexto Enfermagem. 2012.

LOURENÇO, E.; et.al, A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 14, p. 1367-1377, 2009.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde.** In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 427-432, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R., CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G. de. Orgs. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 71-104, 2005.

_____. Global & local, meritocrático & social: o papel da ciência e da tecnologia em saúde coletiva no Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012; 6 (2): 11-26.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. [S.l.: s.n.], 2004.

NARVAI, P.C.; CARCERERI, D.L. SALUD BUCAL COLECTIVA EN BRASIL. In: Castaño-Séiquer A; Ribas-Pérez D. (Org.). **Odontología preventiva y comunitaria: la odontología social. Un deber, una necesidad, um reto. Odontología preventiva y comunitaria: la odontología social. Un deber, una necesidad, um reto**. 1ed.Madrid: Fundación Odontología Social, 2012, v. , p. 843-854

OLIVEIRA, P.A.B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L.(Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2. ed. Porto Alegre RS: Zouk, 2011. p. 461-465.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

PEDUZZI, M.P., SCHRAIBER, L.M. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.478 p.

PINTO, H.A. **Na opinião dos Usuários a Atenção Básica Vai Bem. Porém...** Disponível em: <http://blogsaudefrasil.com.br/wp-content/uploads/2012/09/Na-opinio-dos-usuarios-a-Atencao-Basica-vai-Bem.-Porem....pdf>. Acessado em: 10 de setembro de 2012.

PIRES, D. **Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem**. Rev. Baiana de Enfermagem. 2000; 13:83-92

RIBEIRO E.M., PIRES, D. e BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar-abr, 2004.

RODRIGUES, L, et. al. **A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Cien Saúde Coletiva. 2014.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.** Rev. Saúde Pública, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

SCHERER, M.D.A, PIRES, D.E.P., JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Cienc Saude Coletiva, v. 18, p. 3203-3212, 2013.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e uso de si.** Pró-Posições, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUIREDO, Marcelo, et al (Orgs.). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T; FIGUEIREDO, P. A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery. V.12, n. 2, 2008, p. 291-298.

STARFIELD, B. **Atenção primária.** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2004.

STRALEN, C.J.V.; et al. **Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. v. 24, 2008, p. 148-158.

TAYLOR, Frederick W. **Princípios da administração científica.** São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador.** 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

_____. **Implicações de Dois Modelos Assistenciais nas Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2010 (Projeto de Pesquisa).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2^aed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da Observação



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

Acompanhar a rotina geral das equipes de Saúde Bucal e anotar em um diário de campo.

Lembretes

- ✚ Partir da observação com a ESB;
- ✚ Relatar toda a observação ao final do dia em documento Word;
- ✚ Correlacionar o que a PNAB e PNSB traz e o que está na Lei do exercício profissional;
- ✚ Anotar a ação realizada (tipo e descrição), quem da equipe participa e o que cada um faz.

A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

- ✚ Na composição da equipe;
- ✚ No processo de trabalho (a atividade em si e as atividades voltadas para a promoção da saúde; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado; como o trabalho é dividido na equipe de saúde e dentro de cada profissão; tomada de decisão, entre outros);
- ✚ No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada, de que forma UBS é acessada) e serviços ofertados pela unidade e pela Rede de Atenção à Saúde (CEO, NASF, entre outros);
- ✚ Na organização da UBS (horário de funcionamento, horário de chegada e saída dos profissionais, agenda de marcação de consultas da saúde bucal - como é feita, se articula com outras agendas, onde fica -, como é o prontuário - é eletrônico; UBS é informatizada -, Existe acolhimento, Visita domiciliar, Interconsulta/consulta compartilhada, entre outros);

- ✚ Na existência de reuniões da equipe, da UBS; de espaços para planejamento das ações;
- ✚ Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores); Como é a relação da coordenação da UBS com a equipe; Elementos de cooperação entre os profissionais; relações de poder e conflito;
- ✚ Nas atividades diárias de cada um dos profissionais da ESF (como o profissional lida no cotidiano com o inusitado);
- ✚ Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- ✚ Na Infraestrutura (da UBS e equipamentos).

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com profissionais



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (a ser aplicada aos profissionais de saúde das Equipes de Saúde Bucal - ESB)

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

- 1. Identificação/codinome:**
- 2. Idade:**
- 3. Sexo:**
- 4. Fale da sua trajetória profissional** (onde estudou, sua formação/escolaridade, profissão e qualificação profissional, escolhas, motivações e justificativas).
- 6. Fale sobre o seu tempo de experiência profissional** (na profissão, na Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e na ESB).

Parte II – ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder as questões abaixo.

- 1. Motivação para trabalhar na Atenção Primária à Saúde** (Por que você está trabalhando na Saúde da Família?).
- 2. Como é para você trabalhar na Saúde da Família?**
- 3. Como é o seu dia de trabalho?** (Me dê exemplos, me explique. Todo dia é igual, o que acontece de novo, como lida com o imprevisto).
- 4. Como é seu trabalho com a equipe de saúde bucal?**
- 5. Quais ações de saúde bucal você realiza?**
- 6. Como se organiza a atenção à saúde bucal na UBS?** (quem, como, quando, como é feita a marcação).
- 7. Quais ações de promoção da saúde você desenvolve?**
 - 7.1 Você desenvolve estas ações com quem?
 - 7.2 Em quais espaços?
- 8. Existem ações específicas de promoção de saúde bucal? Você desenvolve estas ações com quem? Em quais espaços?**
 - 8.1 Como se dá a articulação com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?
 - 8.2 Como se dá a articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

8. 3 Que ações são realizadas em parceria com outras organizações públicas e privadas (como por exemplo: igreja, escola, universidade, empresas, Organizações Não Governamentais - ONGs.)?

9. Como essas ações são planejadas? (quem planeja, quando, como, para quem, buscar, como são tomadas as decisões, quem participa da execução).

10. Como se dá a participação da comunidade nas ações desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS)?

11. De que ações de capacitação voltadas para a Promoção da Saúde você participou?

12. Quais as principais facilidades e dificuldades para a realização de ações de promoção de saúde?

13. Você Leu a PNAB? PNSB? PNPS?

APÊNDICE C – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Informado

O

Sr.(a) _____

_____ está sendo convidado (a) para participar da *pesquisa* intitulada **"Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico"**, *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília que está* pesquisando as formas de organização do processo de trabalho e as ações de promoção da saúde bucal das equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a história da organização das ações de promoção da saúde bucal e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa.

Assinatura pesquisadora

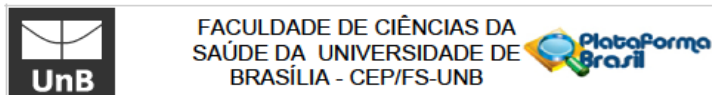
Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico"**, *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília* e aceito dela participar.

_____, ____/____/2014.

Sujeito da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO, DA QUALIDADE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20539213.6.1001.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 491.461

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Esta é a segunda relatoria do presente projeto de pesquisa. A primeira relatoria ocorreu em 27/11/2013.

O presente projeto de pesquisa se refere a um estudo multicêntrico, a ser desenvolvido nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul do Brasil, com profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. O projeto pretende fazer uma análise transversal a partir de dados obtidos em cenários políticos-institucionais nos quais atuam profissionais de gestão e assistência à Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde. A inclusão dos locais e sujeitos será efetuada por amostragem intencional, não probabilística, que seleciona um subgrupo que seja considerado representativo da população de estudo. A amostra contará com, no mínimo, duas equipes em um município de cada região participante. Os dados serão analisados concomitantemente à coleta e a amostra será ampliada ou considerada suficiente pelo critério de saturação de dados. A inclusão dos participantes se dará pelos seguintes critérios: (a) Unidades de saúde da família com equipes completas, incluindo equipe de saúde bucal, independente da modalidade; (b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Pensar 491.461

tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; (c) Preferencialmente, equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família como referência; (d) Equipes que fizeram adesão ao PMAQ; e (e) Equipes que concordem em participar da pesquisa. Serão realizados quatro encontros entre o grupo de pesquisadores das três regiões envolvidas no estudo. O

primeiro com objetivo de realizar balizamento teórico-metodológico e construção dos instrumentos de pesquisa entre os pesquisadores; o segundo e terceiro com objetivo de analisar e reorientar, se necessário a atividade de campo; e o quarto para avaliação do processo. O projeto inclui as seguintes metodologias: (a) Análise Documental de arquivos disponibilizados na rede, pesquisas e artigos publicados, além de documentos oficiais do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e da Coordenação de Saúde bucal. Também serão coletadas informações sobre a estrutura e organização das unidades e serviços de saúde bucal, além do trabalho das equipes, tais como normas, rotinas, composição da equipe, modo de inserção da equipe de saúde bucal no serviço; relatórios de reuniões e de atividades das equipes; (b) Observação Participante da rotina de trabalho das equipes de saúde, guiada por roteiro semiestruturado, durante período a ser definido pela equipe da pesquisa; (c) Grupos Focais com trabalhadores e gestores da estratégia saúde da família; e (d) Grupos de Encontros sobre o Trabalho (GRT), utilizando espaços coletivos para buscar soluções às necessidades de grupos e instituições. A delimitação do tempo de coleta de dados será orientada pelo critério de saturação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

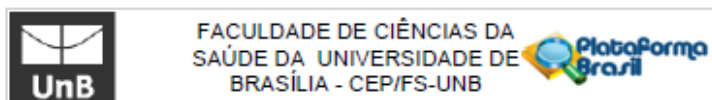
Objetivo Geral:

Analisar de que maneira o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família se efetiva como inovação tecnológica na promoção da saúde bucal.

Objetivos Específicos:

- (a) Caracterizar as ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família, contextualizando-as ao cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem;
- (b) Descrever como os coletivos de trabalho na Estratégia Saúde da Família se conformam e se articulam para implementar as ações e quais estratégias desenvolvem para promover a saúde bucal na atenção básica;
- (c) Identificar os aspectos inovadores das práticas, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho da ESF e em que sentido estes tem contribuído para melhorar e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (81)3107-1947 Fax: (81)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Projeto: 491-461

qualificar a promoção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;

(d) Identificar os aspectos das práticas, da composição das equipes, das relações, da organização e gestão do trabalho e em que sentido tem contribuído para ampliar o trabalho interdisciplinar e intersetorial na estratégia de Saúde da Família no campo da promoção saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Podem ocorrer risco mínimo de comprometimento psicológico, por meio de forte relacionamento entre pesquisadores e participantes.

A pesquisadora esclarece que a parte da coleta de dados, que envolve contato direto com os participantes da pesquisa, será efetuada por uma equipe grande, o que significa que não haverá apenas um pesquisador permanentemente no campo. Ter vários pesquisadores, e bem qualificados, com supervisão da coordenadora da pesquisa, fazendo a coleta, além de contribuir na minimização de riscos, é uma medida para evitar vieses na coleta e, posteriormente, na análise dos dados. Haverá relacionamento entre os participantes e pesquisadores, mas o relacionamento habitual que ocorre nesse tipo de pesquisa, sendo mínimo o risco.

Benefícios:

Dar visibilidade às estratégias e inovações que estejam sendo produzidas no cotidiano dos serviços que possam ser difundidas como exemplos de boas práticas na promoção da saúde bucal.

Propostas de qualificação da relação entre Atenção Básica, NASFs e CEOs.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto pretende caracterizar as ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família que fizeram adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, contextualizando-as no cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem. Espera-se que os dados descrevam como os coletivos de trabalho, na Estratégia Saúde da Família, se conformam e se articulam para implementar as ações e quais estratégias desenvolvem para promover a saúde bucal no contexto da atenção básica a saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram anexados ao processo: (a) projeto de pesquisa, com cronograma

Endereço:	Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro		
Bairro:	Ara Norte		CEP: 70.910-900
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(81)3107-1947	Fax:	(81)3307-3709
		E-mail:	cepfa@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 491.401

de atividades e planilha de orçamento; (b) carta de encaminhamento da pesquisadora responsável ao CEP-FS/UnB; (c) Termo de Concordância assinado pela Diretora da Regional de Atenção à Saúde Primária do Gama-DF; (d) Termo de Concordância assinado pelo Diretor da Regional de Atenção à Saúde Primária de Sobradinho-DF; (e) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (f) TCLE para profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, para gestores, para grupos focais e GRT dos gestores e profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família; (g) Lattes dos pesquisadores envolvidos; (h) Termo de Compromisso e Responsabilidade, assinado pela pesquisadora responsável.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora anexou o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa, a ser utilizado para execução dos registros videográficos de reuniões, observações e grupo focal.

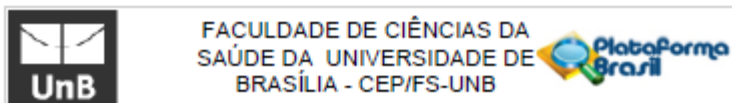
Solicitou-se os TCLEs informassem que o projeto foi submetido e aprovado pelo CEP-FS/UnB, bem como que incluisse o telefone e o e-mail do CEP-FS/UnB. A pesquisadora atendeu as solicitações.

Solicitou-se maior detalhamento metodológico sobre a condução dos Grupos Focais e Grupos de Encontro sobre o Trabalho. O que será avaliado? Quais os indicadores de medida? Quais os procedimentos adotados para execução desses grupos? O número de reuniões de GF será definido com os participantes. Os Grupos de Encontro sobre o Trabalho acontecerão somente se os participantes decidirem avançar além do GF, identificando um tema de consenso que seja aprofundado e oriente possíveis mudanças nos processos de trabalho dos profissionais. O número de reuniões, local e data também deverão ser definidos pelos participantes. Nos grupos, serão avaliados os resultados obtidos segundo os objetivos geral e específicos que constam no projeto. Quanto a indicadores de medidas, será utilizada abordagem interpretativa e compreensiva dos conteúdos referidos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro			
Bairro: Asa Norte		CEP: 70.910-900	
UF: DF	Município: BRASÍLIA		
Telefone: (61)3107-1947	Fax: (61)3307-3799	E-mail: cep@unb.br	



Continuação do Parecer 491.401

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsorez de Sá
 (Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-600
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO 2 – Ofício Autorização Secretaria de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 018/SMS/DFMSL/RH/IES/2014

Florianópolis, 08 de agosto de 2014

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa “ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO, DA QUALIDADE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA - ESTUDO MULTICÊNTRICO”, enviado por V^ªs S^ªs a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para ser desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certos de sua atenção, seguimos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Ilustríssima Senhora
Magda Duarte dos Anjos Scherer
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educemsaudef@gmail.com Fone: (048) 3239-1593