



LILIAN MIEKO MINE

**“PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE”**

PIRACICABA
2013



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

LILIAN MIEKO MINE

**“PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE”**

**Orientadora: Prof^a. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro
Co-orientador: Prof^o. Dr. Fábio Luiz Mialhe**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE APRESENTADA À FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.

**Este exemplar corresponde à versão final
da Dissertação defendida pela aluna Lilian Mieko Mine,
e orientada pela Prof^a. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro**

Assinatura da orientadora

**PIRACICABA
2013**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Josidelma Francisca Costa de Souza - CRB 8/5894

T128p Mine, Lilian Mieko, 1979-
Percepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre o processo de trabalho em equipe / Lilian Mieko Mine. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro.
Coorientador: Fábio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Trabalho em equipe. 2. Integração. I. Tagliaferro, Elaine Pereira da Silva. II. Mialhe, Fábio Luiz, 1972-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Perceptions of professionals in the family health strategy on the process of teamwork

Palavras-chave em inglês:

Teamwork

Integration

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro [Orientador]

Camila Pinelli

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 18-07-2013

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 18 de Julho de 2013, considerou a candidata LILIAN MIEKO MINE aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Elaine Tagliaferro".

Profa. Dra. ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Camila Pinelli".

Profa. Dra. CAMILA PINELLI

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Miranda Guerra".

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio e amor incondicional e ao meu esposo Gledson pela assistência e encorajamento nos momentos adversos.

AGRADECIMENTOS

À UNICAMP e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

Ao Prof^o. Dr. Antônio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela dedicação ao trabalho e pelos conhecimentos transmitidos.

À Prof^a. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagliaferro, minha orientadora, por me conduzir com competência e serenidade durante a construção do trabalho.

Ao Prof^o. Dr. Fábio Luiz Mialhe, meu co-orientador, pela colaboração, dedicação e pelas palavras de incentivo e apoio.

À Secretaria de Saúde de Piracicaba pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional e ao incentivo à educação continuada.

À Coordenadora Municipal de Saúde Bucal, Dirce Aparecida Valério da Fonseca, pela dedicação às melhorias no processo de trabalho na saúde e pela confiança em mim depositada.

Ao Prof^o. Dr. Fernando Lefèvre e a Prof^a. Dra. Ana Maria C. Lefèvre pela autoridade e competência no processamento dos dados.

Aos meus queridos pais, Antônio e Tereza, aos meus irmãos, Emílio, Hilton, Hélio e Elisabete pelo carinho e compreensão.

Ao meu esposo, Gledson, pelo amor, pela colaboração e pelas palavras de incentivo.

Aos colegas e amigos do curso de Mestrado pelo companheirismo, colaboração e pelos bons momentos compartilhados.

Aos profissionais da área da saúde, sujeitos deste estudo, que colaboraram prontamente durante a coleta de dados e viabilizaram a construção da dissertação.

RESUMO

O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento da Estratégia Saúde da Família na busca por uma abordagem integral e resolutiva, contudo, esbarra em alguns obstáculos que resultam na desarticulação do processo de trabalho, provocando descontinuidade de ações e fragmentação do cuidado. Foi proposto um estudo de natureza quali-quantitativa, com o intuito de investigar as percepções de cirurgiões-dentistas, agentes comunitários de saúde e enfermeiros a respeito da integração entre a equipe de saúde bucal (ESB) e os outros integrantes da equipe de saúde da família (ESF), sob a ótica de uma atuação interdisciplinar, procurando identificar as dificuldades e limitações no processo de trabalho. Foram selecionadas doze unidades de saúde da família no município de Piracicaba, SP, que possuíam ESB instaladas, totalizando uma amostra de 60 indivíduos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual seguindo um roteiro semi-estruturado, específico para cada categoria profissional. A análise dos dados foi realizada por meio de uma análise descritiva para as questões fechadas e as questões abertas foram analisadas pela teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os discursos revelaram que a maioria dos profissionais possui uma concepção teórica adequada sobre a definição do trabalho em equipe, no entanto, apesar de relatarem a existência de integração na atuação entre a ESB e os outros integrantes da ESF, observou-se nos depoimentos dificuldades e limitações neste processo. Dentre os problemas identificados estão a deficiência na capacitação dos membros da equipe, em especial dos ACS, a falta de comunicação, a dificuldade na integração das ações entre ESB e demais componentes da ESF, principalmente na atuação em atividades coletivas e a deficiência na formação dos profissionais da área da saúde para atuar na Estratégia Saúde da Família. As limitações no processo de trabalho em equipe são obstáculos para a consolidação do SUS na busca por uma atenção integral e humanizada, tornando cada componente da equipe peça essencial na mudança das práticas em saúde baseado em uma atuação interdisciplinar.

Palavras-chave: trabalho em equipe, integração, equipe de saúde bucal.

ABSTRACT

Teamwork is considered essential for the functioning of the Family Health Strategy in the search for a comprehensive and resolute approach, however, it runs against obstacles that result in disarticulation of the work process, causing fragmentation and discontinuity of care actions. It was proposed a study of qualitative and quantitative nature in order to investigate the perceptions of dentists, community health workers and nurses regarding the integration of oral health team (OHT) and the other members of the family health team (FHT), from the perspective of an interdisciplinary approach, seeking to identify the difficulties and limitations in the work process. We selected twelve units of family health in Piracicaba, SP, who owned ESB installed, resulting in a sample of 60 individuals. Data collection was conducted through individual interviews using a semi-structured script, specific to each professional category. Data analysis was performed by means of a descriptive analysis of the closed questions and the open questions were analyzed by the theory of the Collective Subject Discourse (CSD). The speeches revealed that most professionals has a theoretical conception of the proper definition of teamwork, however, despite reporting the existence of integration in performance between the OHT and the other members of the FHT, was observed in the testimonies difficulties and limitations in this process. Among the problems identified are the deficiency in training the team members, especially the community health workers, lack of communication, difficulty in integration of actions between OHT and FHT, specially on the performance in group activities and deficiency in the background of health professionals to work in the Family Health Strategy. The limitations in the process of teamwork are obstacles to the consolidation of SUS in the search for comprehensive and humane care, making each team member an essential part in changing health practices based on an interdisciplinary approach.

Keywords: teamwork, integration, oral health team

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF/PSF	Estratégia Saúde da Família/ Programa de Saúde da Família
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 O processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família	5
2.2 Desafios e dificuldades no trabalho em equipe na ESF/PSF	9
2.3 Atuação do Cirurgião-Dentista no processo de trabalho em equipe na ESF/PSF	16
2.4 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito do trabalho voltado à promoção de Saúde Bucal.	21
3 PROPOSIÇÃO	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1 Aspectos éticos	27
4.2 Local do estudo	27
4.3 Participantes	27
4.4 Instrumento para a coleta de dados	29
4.5 Pré-teste	29
4.6 Coleta dos dados	29
4.7 Análise dos dados	29
5 RESULTADOS	33
5.1 Caracterização da População	33
5.1.1 Perfil dos pesquisados	33
5.1.2 Pós-graduações	34
5.1.3 Capacitações e treinamentos	35
5.2 Interação entre os membros da ESF nas ações de saúde bucal	35
5.3 Apresentação quali-quantitativa das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo	36
6 DISCUSSÃO	51
7 CONCLUSÃO	81
<u>REFERÊNCIAS</u>	83
<u>ANEXOS</u>	
Anexo 1: Aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da FOP	93
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido	94
Anexo 3: Roteiro semi-estruturado categoria cirurgião-dentista	96
Anexo 4: Roteiro semi-estruturado categoria enfermeiro	98
Anexo 5: Roteiro semi-estruturado categoria agente comunitário de saúde	100
Anexo 6: Relação de Discursos do Sujeito Coletivo	102

1 INTRODUÇÃO

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu após a Constituição de 1988 e foi regulamentado pelas leis 8080 e 8142 de 1990 com o objetivo de modificar o perfil das políticas públicas de saúde desenvolvidas até então no Brasil (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A primeira etapa da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) foi iniciada em junho de 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e seus bons resultados permitiram, a partir de 1994, a instituição das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001b).

O PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia do SUS, que visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, com foco na família e na comunidade, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional, composta inicialmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A incorporação de outros profissionais é permitida de acordo com a demanda e características de cada localidade (Brasil, 1998).

O Programa de Saúde da Família (PSF) pressupõe a existência de uma equipe de saúde, composta por diferentes categorias profissionais, que esteja capacitada a responder aos problemas de saúde com uma visão ampliada do processo saúde-doença, e pautada em uma atuação efetiva na promoção de saúde da população. A estruturação desse processo de trabalho exige uma prática baseada em uma abordagem interdisciplinar (Scherer & Pires, 2009).

A atuação da equipe de saúde deve ter um caráter especialmente preventivo e de promoção de saúde de uma população territorialmente definida, buscando priorizar grupos de indivíduos que são mais susceptíveis a doenças e agravos à saúde (Brasil, 2006). São atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde: participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde da população adscrita seja na unidade de saúde, no domicílio ou em outros espaços sociais; garantir a atenção integral à saúde; realizar busca ativa para identificar doenças e agravos de notificação compulsória; realizar

escuta qualificada dos usuários viabilizando o atendimento humanizado e vínculo à comunidade; promover a participação da comunidade no controle social e participar de atividades de educação permanente (Brasil, 2006).

Gradativamente, este programa mostrou-se adequado ao enfrentamento dos problemas da realidade da população brasileira e passou então a ser uma estratégia promissora na busca por mudança do modelo hegemônico e médico-centrado (Santos & Cutolo, 2003). Tanto que, posteriormente, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família por ser considerado um plano de ações político-assistenciais à saúde (Almeida & Mishima, 2001). Todavia, a sigla PSF ainda persiste no domínio público, apesar dos esforços do Ministério da Saúde em substituir a palavra “programa” por “estratégia” (Lourenço, 2009).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) realizada em 1998 apontaram que 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, que representava 18% da população. Este quadro era agravado na população rural, visto que este índice chegou a 32%. Esta situação, conjuntamente com o processo de discussões entre entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde, impulsionou a inserção da saúde bucal na ESF/PSF (Lourenço, 2009).

Assim, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes ocorreu após a publicação da portaria 1.444 de 28/12/2000, portanto, seis anos após a criação das primeiras equipes da ESF/PSF. A portaria 267 de 06/03/2001 instituiu um incentivo financeiro para a integração de uma ESB para cada duas ESF, apresentando duas modalidades possíveis: Modalidade I- composta por CD e ASB ou Modalidade II- composta por CD, TSB e ASB. A partir de 2003, a portaria 673/GM estabeleceu que os municípios tem autonomia para definir o número de ESB, desde que não ultrapasse o número de ESF (Brasil, 2003).

Ainda com o propósito de reorientar as ações de saúde bucal na atenção básica e nas ações de referência e contra-referência, foi instituída em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Com isso, houve um aumento dos incentivos financeiros através do Ministério da Saúde para a implantação de ESB e a oferta de serviços especializados, o que

proporcionou uma ampliação do acesso a serviços odontológicos, visando garantir ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal da população (Brasil, 2004).

De fato, a promoção de saúde bucal, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, está inserida em um conceito amplo que transcende a atuação meramente técnica, integrando-a às demais áreas, na busca por uma atenção à saúde baseada em políticas públicas saudáveis, para fornecer acesso da população à água fluoretada e aos cuidados odontológicos. Essas ações incluem ainda políticas para a redução do consumo de açúcares, abordagem comunitária, estimulando a higiene corporal e bucal e, finalmente, políticas para diminuir os traumas e eliminar o tabagismo (Brasil, 2004).

Entretanto, se de um lado grandes avanços foram obtidos com a incorporação das ESB na ESF/PSF, permitindo o acesso à atenção odontológica de uma parcela da população antes excluída, por outro lado, a implantação das ESB tem esbarrado em algumas dificuldades como, por exemplo, o desenvolvimento do trabalho em equipe (Lourenço *et al.*, 2009). Neste sentido, o próprio Ministério da Saúde classifica como desafiador o processo de trabalho em equipe em relação à inserção desses atores em equipes multiprofissionais, em contrapartida a valores e métodos consolidados em modelos anteriores de atenção à saúde bucal (Brasil, 2004).

Fatores como a inadequada formação dos profissionais de saúde, a valorização do trabalho especializado e a falta de experiência na interação com outras categorias profissionais são elementos que podem favorecer a não integração entre as ações dos profissionais pertencentes à Equipe de Saúde Bucal e aos demais membros da Equipe de Saúde da Família (Santos & Cutolo, 2003; Kell & Shimizu, 2010). Esta situação pode levar o CD a reproduzir, quando no serviço público, o modelo de atenção individual e ineficaz da prática privada, que é contrario aos princípios da política instituída pela ESF/PSF (Martelli *et al.*, 2010). Neste sentido, ocorre-se o risco da manutenção de um modelo de saúde desumanizado, fragmentado, individualista, centrado na doença e com divisão das áreas técnicas (Kell & Shimizu, 2010).

Visto a importância do trabalho em equipe na reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF, visando uma ação integral e mais resolutiva, é necessário que

cada profissional desempenhe seu papel em um processo coletivo, com o compartilhamento de conhecimentos e troca de informações (Silva & Trad, 2005).

Após pouco mais de uma década da incorporação das primeiras ESB à ESF/PSF, poucos estudos avaliaram os avanços e impactos obtidos a partir desta incorporação e faltam pesquisas sobre dificuldades e limitações que as ESBs enfrentam no desenvolvimento do trabalho em equipe. Diante dessa situação, surgiu o interesse em investigar a percepção dos profissionais da área da saúde, que trabalham dentro da ESF/PSF, quanto ao processo de trabalho em equipe.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família

O trabalho pode ser definido como um processo de transformação para atender as necessidades dos homens, que ocorre mediante a atividade do trabalho e da força produtiva para dada finalidade (Peduzzi, 1998).

Segundo Pires (2000), 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 seu processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”. Esta particularidade torna o processo ainda mais complexo, na medida em que o produto produzido por ele é um bem não material e tem significados distintos para diferentes pessoas e em diferentes situações (Fortuna *et al.*, 2005).

O trabalho em saúde não pode ser capturado pela lógica dos saberes estruturados, visto que o objeto produzido depende do “trabalho vivo”, ou o trabalho no momento em que é produzido (Merhy & Feuerwerker, 2009). Neste sentido, os autores apresentam uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: tecnologias dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura refere-se a instrumental e equipamentos para tratamentos e exames como também a organização das informações. A leve-dura refere-se aos saberes profissionais relativos à clínica, a epidemiologia e por fim, a tecnologia leve refere-se ao trabalho em saúde em si, trata da relação profissional/usuário, produção de vínculo e acolhimento.

Aspecto de crucial importância no setor saúde é o trabalho em equipe, que se fundamenta em uma atuação coletiva, no qual cada profissional compartilha seus conhecimentos, experiências, expectativas e sentimentos em função de um objetivo comum a todos (Leite & Veloso, 2008).

Para Peduzzi *et al.* (2011), “O trabalho em equipe requer que os profissionais construam uma dinâmica de trabalho com interação, articulação e objetivos compartilhados”.

Trata-se de uma modalidade de trabalho coletivo, que configura uma interação recíproca da técnica e a comunicação de agentes de categoria profissionais distintas e, por meio da relação entre trabalho e interação desses agentes, haverá a construção de um projeto assistencial comum, que englobe uma atenção integral às necessidades das pessoas (Peduzzi, 1998).

Peduzzi (1998) desenvolveu um conceito e classificação para o trabalho em equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração. A primeira é caracterizada pela fragmentação do trabalho, onde ocorre a justaposição de ações e agrupamento de agentes e a segunda refere-se a articulação das ações, interação e cooperação entre os agentes que buscam juntos a construção de um projeto comum. O trabalho na equipe integração é concebido pela comunicação entre os membros da equipe, sem coação ou relações de poder, onde as estratégias das ações são estabelecidas por meio de discussão e consenso entre todos os membros da equipe (Peduzzi, 1998).

Segundo Santos & Cutolo (2003):

“O trabalho em equipe no PSF iniciou um processo de resgate da cidadania e da valorização profissional de todos aqueles que escolheram a saúde pública como seu campo de atuação, melhorando a remuneração e promovendo a integração entre profissionais que até então pouco se relacionavam em seu cotidiano”.

Além disso, o trabalho em equipe tem um papel importante na reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF/PSF, visando uma ação integral e mais resolutiva. Neste processo, todavia, não basta somente alocar recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho (Silva & Trad, 2005), é necessário o conhecimento e valorização do trabalho de cada membro da equipe, para a construção de consenso quanto aos objetivos almejados e a estratégia mais adequada para atingi-los (Peduzzi, 2001). Em virtude da importância do trabalho em equipe para o desenvolvimento

do trabalho na ESF/PSF, para que seus propósitos sejam alcançados, é necessário que haja o investimento no fortalecimento do vínculo entre os membros da equipe (Colomé, 2005).

Assim, a atuação na ESF/PSF ganha nova dimensão na dinâmica do trabalho, já que as responsabilidades deixam de ser centradas na figura do médico, passando a ser dividido entre os membros da equipe e cada profissional contribui com seus saberes, aumentando a qualidade da prestação dos serviços de saúde (Araújo & Rocha, 2007). Neste sentido, a equipe de saúde tornou-se um dos instrumentos fundamentais na consolidação da mudança do modelo de assistência à saúde, exigindo a colaboração e interação entre diversos profissionais e que estejam sensibilizados e comprometidos com os propósitos da ESF/PSF (Colomé, 2005).

Dentro deste contexto, é necessário que os profissionais que atuam na ESF, tenham atitude pessoal e profissional na busca da atenção a saúde baseada na interdisciplinaridade (Santos & Cutolo, 2003), que se refere a interação entre duas ou mais disciplinas, no qual cada disciplina passa a depender das outras. Trata-se de uma atuação baseada em flexibilidade e confiança no processo de trabalho (Farias, 2009).

Para Leite & Veloso (2008), o termo interdisciplinaridade diz respeito à colaboração entre diversas áreas do saber, que envolve tanto as disciplinas acadêmicas quanto os atores desse processo e suas práticas.

Na visão de Scherer & Pires (2009), a interdisciplinaridade pode ser definida como uma filosofia, onde várias disciplinas buscam alcançar objetivos baseados em uma compreensão ampla da realidade. Neste processo, ocorre a troca de saberes, que se transformam em novos conhecimentos e auxilia na construção do saber, permitindo a um profissional que, mesmo sozinho, se utilize de abordagens diferenciadas baseadas em experiências do trabalho conjunto.

A construção da interdisciplinaridade se apresenta como um processo contínuo no setor da saúde e tem a intenção de superar a fragmentação dos conhecimentos, proporcionando o entendimento dos determinantes do processo saúde-doença (Araújo & Rocha, 2007).

Todavia, ao analisarem documentos oficiais e técnicos que abordam o tema trabalho em equipe na ESF/PSF, Cutolo & Madeira (2010) relataram a inexistência de

instrumentalização para definição do que é a interdisciplinaridade, não especificando de que maneira esta prática deve ser aplicada e concluíram que, sem a definição do trabalho em equipe interdisciplinar, torna-se difícil que os profissionais de saúde possam aplicá-la no cotidiano de suas práticas. Para que isto ocorra, é necessário que o Ministério da Saúde defina sua terminologia e possibilite ferramentas para que os profissionais desenvolvam a interdisciplinaridade em seu processo de trabalho. Esta situação já havia sido mencionada por Peduzzi (2001) a respeito de definições referentes ao trabalho em equipes de saúde.

Outra questão fundamental para o bom desempenho do trabalho na ESF/PSF é a criação de um projeto assistencial comum. Neste sentido, Peduzzi (1998) salienta que, um plano de ação para o trabalho coletivo em equipe é estabelecido por meio da concordância de todos os seus agentes e se torna uma referência para a equipe em relação ao processo de trabalho e está baseado na realidade de cada equipe.

Cabe a cada equipe a construção de um projeto assistencial comum, baseado na necessidade da população adscrita, definindo claramente os objetivos, as ações a serem executadas, o papel de cada membro no planejamento, passando pela ação propriamente dita e a avaliação dos resultados. Estes momentos configuram um projeto comum respaldado pela prática comunicativa (Peduzzi *et al.*, 2011). Durante o planejamento das ações de forma coletiva, não deve ocorrer o constrangimento dos membros da equipe na busca pelo consenso, mas sim pelo diálogo e valorização de todos da equipe (Cutolo & Madeira, 2010).

Um fator primordial para viabilizar a construção de projeto assistencial é a comunicação, que pode ser definida, segundo Peduzzi (1998), como uma mediação simbólica da linguagem e é considerada um instrumento capaz de promover a integração da equipe de trabalho, pois permite a interação entre os seus diversos agentes. Nesse sentido, Colomé (2005) afirma que, quando a comunicação é valorizada no trabalho, há maior possibilidade de aproximar diferentes categorias profissionais, já que reafirma a importância do trabalho de cada membro da equipe na busca pela melhoria na qualidade dos serviços prestados à comunidade. Esta prática comunicativa exige um ambiente sem qualquer tipo de coação e permite que os profissionais possam trabalhar de forma integrada, buscando a mudança do modelo de saúde hegemônico (Araújo & Rocha, 2007).

A comunicação tem um papel essencial no trabalho de equipe, permitindo que um grupo de diferentes profissionais constitua uma equipe com integração das ações, troca de informações e experiências, o que possibilitará uma atuação adequada frente à complexidade do ser humano. Esta tarefa exige que cada membro da equipe esteja flexível ao novo, ao diferente, todavia, esta situação pode estar em desacordo com o que as pessoas acreditam. É importante ressaltar que a comunicação não deve ser encarada como uma busca por um discurso único, pois não se podem desconsiderar os saberes técnicos de cada profissão (Cardoso, 2004).

Segundo Ferreira *et al.* (2009), no trabalho em equipe, a troca de informações entre os diversos profissionais permite a escolha do melhor plano terapêutico, exigindo uma construção coletiva das ações, onde as dificuldades devem ser analisadas e superadas.

Portanto, deve-se estimular a comunicação entre os membros da equipe, permitindo assim a troca de informações e a participação de todos no processo de planejamento das ações (Cardoso, 2004).

Frente à importância da comunicação para o trabalho em equipe, Peduzzi *et al* (2011) afirmam que o recurso mais utilizado para promover a comunicação é a reunião de equipe. Este processo permite que as pessoas expressem suas experiências e opiniões facilitando a discussão de aspectos objetivos e subjetivos do trabalho. Neste espaço, há troca de informações e expectativas, permitindo a interação entre os membros da equipe e acarretando benefícios aos serviços prestados à comunidade (Cardoso, 2004).

2.2 Desafios e dificuldades no trabalho em equipe na ESF/PSF

O trabalho em equipe em saúde possui algumas particularidades em relação às equipes em geral, em especial as relacionadas ao convívio de várias categorias profissionais (Pinho, 2006). Neste sentido, Almeida & Mishima (2001) afirmam que o núcleo de competência de cada profissional isoladamente não atende a complexidade das necessidades de saúde, sendo assim, é preciso flexibilidade nos limites de competências, proporcionando uma ação integral do cuidado.

Peduzzi *et al.* (2011) afirmam que, dos valores compartilhados nos serviços de saúde, ainda prevalecem a cultura da fragmentação, relações hierárquicas de poder, atuação profissional individualizada. Entretanto, também estão presentes neste contexto, traços positivos que podem levar à mudança almejada, como os valores de integração, a horizontalidade das relações e o trabalho em equipe.

É importante salientar que, o trabalho na ESF/PSF transformou-se em uma opção de acréscimo salarial importante, principalmente para profissionais jovens e que aguardam uma vaga em residências, assim, muitos destes profissionais podem optar pela atuação na ESF/PSF somente pelo retorno financeiro ou mesmo por curiosidade, sem apresentar um perfil adequado para a função. Esta situação possibilita que as equipes de saúde sejam desconectadas e desintegradas, ficando clara a dificuldade na comunicação e na atuação interdisciplinar (Santos & Cutolo, 2003).

Segundo Colomé (2005), o desenvolvimento de um trabalho fragmentado, onde cada profissional realiza suas atividades sem articulação com os demais membros da equipe, pode contribuir para a falta de comprometimento ou responsabilização com os resultados do cuidado. Esta situação ocorre pelo fato de alguns profissionais considerarem seus saberes técnicos auto-suficientes, não se responsabilizando em trocar informações ou sanar dúvidas. Esta postura, na visão de Cardoso (2004), é nociva já que empobrece a reflexão sobre o tema e pode dificultar a escolha da melhor estratégia a ser adotada para a solução de um problema. Torna-se assim necessário, que cada profissional perceba sua atribuição dentro da equipe e com os saberes técnicos de sua função, responsabilize-se pelo cuidado dos pacientes de maneira integral (Colomé, 2005).

O fato do processo de trabalho se manter centrado na clínica clássica e de forma fragmentada dificulta o planejamento das ações com foco no atendimento integral aos usuários, tornando-se um dos maiores impedimentos na mudança e reorganização do modelo de saúde (Farias & Sampaio, 2010).

Outros desafios são citados no processo de trabalho em equipe na ESF/PSF, como o perfil profissional, a forma de contratação e capacitação dos profissionais, a grande rotatividade de profissionais e a dificuldade em estabelecer vínculo com a comunidade (Costa *et al.*, 2010). Neste sentido, é necessário que a gestão pública promova aos

profissionais um vínculo empregatício duradouro, com baixa rotatividade de pessoal e incentivem a educação permanente (Peduzzi *et al.*, 2011).

Quanto a aspectos desfavoráveis no desenvolvimento do trabalho em equipe, Krug *et al.* (2010) citaram ainda, que os profissionais da área de saúde queixam-se da demanda incessante, devido uma área adscrita extensa e populosa e pela própria expectativa dos pacientes em relação ao tratamento curativo. Segundo os autores, a responsabilidade dos pacientes em relação a sua própria saúde ainda não se consolidou, exigindo da equipe de saúde uma atenção especial e criatividade no intuito de desenvolver este sentimento na população atendida pelas unidades de saúde da família (USF).

Neste contexto, Macedo (2007) afirma que os conflitos desse processo de trabalho podem gerar nos profissionais reações como fadiga, desânimo e irritabilidade. Este panorama contribui para que os mesmos se tornem indiferentes ao sofrimento humano, dificultando o exercício de suas funções. No intuito de contornar esta situação, a autora sugere o investimento em programas de capacitação para os profissionais de saúde, investindo tanto nas informações úteis para as práticas diárias de caráter individual e coletivo, como no sentido de aumentar a auto-estima dos trabalhadores.

O trabalho em equipe implica não somente o encontro de vários saberes científicos, mas também o encontro de diferentes pessoas e suas subjetividades. Estão inseridos neste processo aspectos objetivos e subjetivos como simpatias, antipatias, conflitos, resistências e dificuldades na comunicação. Desse modo, exige dos membros da equipe a capacidade de cooperação e comunicação, além de saber lidar com diferenças, respeito às pessoas e humildade em reconhecer seus próprios limites (Cardoso, 2004). É necessário ponderar no desenvolvimento do trabalho em equipe que cada membro possui uma formação específica, uma personalidade própria, uma história de vida diferente (Fortuna *et al.* , 2005).

Neste mesmo sentido, no processo de trabalho em equipe haverá momentos de conflitos e atritos, entretanto, segundo Fortuna *et al.* (2005) esta situação não deve ser a todo custo evitada, pois são inerentes às relações no trabalho e possibilitam crescimento quando trabalhadas.

Ocorrem relações estabelecidas de poder e hierarquia entre os membros da equipe, onde prevalece o poder dos profissionais de nível superior em relação aos de nível médio e da categoria médica sobre as demais. Esta situação pode colaborar para a manutenção de uma divisão técnica e social no trabalho (Fortuna *et al.*, 2005). Sendo assim, esta situação requer a redefinição das responsabilidades e competências dos integrantes da equipe, garantindo relações horizontais na estruturação do trabalho (Araújo & Rocha, 2007).

Neste contexto, Silva & Trad (2005) relatam que pode ocorrer também distinções nas articulações das ações e troca de informações, de acordo com os profissionais envolvidos no processo de trabalho em equipe e cita como exemplo a existência de uma maior interação entre médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde e em menor grau entre auxiliares de enfermagem, CD e ACS.

Fortuna *et al.* (2005) acrescentam que pode surgir liderança de resistência a mudanças dentro da equipe, ocasionando maior dificuldade para o trabalho em grupo. Os autores ressaltam a necessidade de identificação desta situação e sugerem como estratégia para superá-la o rodízio de liderança.

A construção de um trabalho em equipe cooperativo exige solidariedade e confiança, cabendo ao profissional que atua na ESF/PSF uma reflexão sobre o seu processo de trabalho, na busca por um cuidado integral às famílias (Ferreira *et al.*, 2009). Nesta lógica, na medida em que os membros da equipe passam a conviver por mais tempo, surge o sentimento de que fazem parte da equipe. As pessoas passam a se conhecer melhor, descobrem semelhanças, aceitam diferenças, entretanto, cabe a elas no cotidiano de suas ações a construção deste sentimento de grupo (Fortuna *et al.*, 2005).

Estudos sobre a percepção de profissionais de saúde que atuam em USF a respeito do trabalho em equipe foram desenvolvidos no intuito de analisar o processo de integração dos profissionais com vistas às diretrizes preconizadas pela ESF/PSF a despeito do trabalho interdisciplinar.

Ao investigar a concepção de enfermeiros sobre o trabalho em equipe no município de Porto Alegre, Colomé (2005) observou que as enfermeiras têm uma concepção idealizada sobre o trabalho em equipe, caracterizando-o como um processo em

que todos os membros da equipe participam do planejamento, execução e avaliação das ações, porém, as dificuldades relatadas como a rotatividade de profissionais, demanda excessiva e falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde, podem dificultar um trabalho efetivamente integrado.

Silva & Trad (2005) investigaram a articulação entre os profissionais da saúde de um município baiano, tendo em vista a construção de um projeto assistencial comum. Os resultados demonstraram a ocorrência de certa articulação entre as ações e a interação entre os profissionais, mas com algumas limitações como o planejamento que ainda se mantinha concentrado nos núcleos técnicos, de forma individualizada.

Em outro estudo, Otenio (2007) investigou as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no serviço público de saúde no município de Bandeirantes (PR). Participaram da coleta de dados médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. Os resultados deixam clara a fragmentação do trabalho assistencial entre as categorias profissionais e a inexistência de uma responsabilidade coletiva do cuidado. A comunicação entre os profissionais era mínima, sendo a unidade odontológica considerada como parte não integrante da equipe.

Sob foco o trabalho multiprofissional desenvolvido na ESF/PSF por residentes médicos, Ferreira *et al.* (2009) ressaltaram que cabe a cada profissional buscar o fortalecimento de suas ações por meio da interação com os demais profissionais e que o trabalho baseado em linha de montagem não permite que os resultados sejam efetivos em uma visão interdisciplinar. Concluíram por fim, que o desenvolvimento de programas de residência multidisciplinares representa uma proposta eficiente para o treinamento em serviço tanto na área profissional, como também na área pedagógica.

Um relato positivo sobre o processo de trabalho em equipe na ESF/PSF sob a ótica da interdisciplinaridade foi revelado por Pavoni & Medeiros (2009) que, em um município do Rio Grande do Sul (RS), observaram que o trabalho era consoante com a equipe integração, visto que ocorria a articulação nas ações e interação entre os membros da equipe.

Com a intenção de investigar as especificidades do processo de trabalho na ESF/PSF em um município do Rio Grande do Sul, Krug *et al.* (2010) observaram que há dificuldade no estabelecimento de um planejamento das ações dentro das equipes e na relação entre as equipes e a população adscrita.

Com o objetivo de conhecer as dificuldades no processo de trabalho em saúde na ESF/PSF em municípios no Rio Grande do Sul, Marqui *et al.* (2010) observaram que as principais dificuldades encontradas foram a infra-estrutura, a ausência de transporte para visita domiciliar (VD), escassez de materiais e equipamentos. Outra dificuldade relatada por 17% dos pesquisados refere-se a dificuldade no trabalho em equipe, caracterizada pela falta de planejamento conjunto, falta de interação entre os membros da equipe e individualização do trabalho. A mesma pesquisa revelou que muitos pesquisados relataram não haver dificuldades no seu processo de trabalho. Os autores sugeriram que esses profissionais estariam com dificuldades em avaliar e expressar os acontecimentos do cotidiano do trabalho ou estariam passivos em relação ao trabalho em equipe, já que se verificou ausência de percepção das dificuldades em todo esse processo.

Um ponto crítico apontado por estudo de Campos *et al.* (2010) foi a falta de estrutura na formação universitária para o trabalho em equipe. Alguns profissionais relataram a dificuldade pelo longo tempo decorrido após a formatura, antes do PSF ter sido implantado, sendo seus conhecimentos obtidos a partir do trabalho na área, gerando lacunas na sua atuação devido a ausência de um aprendizado anterior. Já os profissionais que tiveram contato com o trabalho multiprofissional na academia apresentaram maior entendimento do contexto, mas ainda assim, percebeu-se uma superficialidade no discurso.

Esses dados confirmam novamente que o fato de existir um conjunto de profissionais alocados em um mesmo espaço, atuando em uma mesma área e aparentemente com o mesmo objetivo, não garante o trabalho em equipe, visto que colocam aos trabalhadores o desafio da construção deste processo, ao qual não estão preparados para realizar (Fotuna *et al.*, 2005).

Para Moretti-Pires & Campos (2010), a dificuldade na interação entre médico, enfermeiro e CD na ESF/PSF se deve às falhas na formação acadêmica dos profissionais, normalmente formados sem interagirem com outros profissionais de saúde. Esta situação

mantém o CD focado em tratamentos curativos, o enfermeiro como administrador da equipe e o médico como o centro do processo assistencial. Os mesmos autores relatam que esta situação é influenciada pela formação acadêmica tradicional baseada em um currículo estático, hegemônico, que não leva em consideração as necessidades de saúde da população, dependendo somente da vontade individual de cada profissional de transformar as práticas de saúde.

Com a finalidade de intervir já na formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, foram instituídas as novas Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde pelo Conselho Nacional de Educação para o curso de graduação em enfermagem em 2001 e para o curso de graduação em Odontologia no ano de 2002, com o objetivo claro de formar profissionais com formação generalista, humanista, aptos a desenvolverem ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo (Brasil, 2001c; Brasil, 2002).

A partir da implantação das novas diretrizes curriculares, será possível permitir aos futuros profissionais da saúde a oportunidade do convívio com outras categorias profissionais, com respeito aos aspectos técnicos de cada profissão, porém, baseado no trabalho interdisciplinar. Esta nova realidade permitirá a formação de profissionais com perfil adequado aos parâmetros do novo modelo de assistência à saúde, voltado à prevenção e promoção de saúde preconizada pela ESF/PSF (Santos & Cutolo, 2003).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde também é uma ferramenta para a integração dos trabalhadores no intuito de fortalecer o trabalho em equipe, cabendo a gestão municipal e/ou estadual fornecer instrumentos para a consolidação do trabalho em equipe, estimulando o vínculo entre os membros da equipe e desta com os usuários, bem como a autonomia das equipes, incentivando a construção de projetos próprios e promovendo o envolvimento com os projetos internos e os institucionais (Peduzzi *et al.*, 2011).

Para Cutolo & Madeira (2010), cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade em reconhecerem que sua área técnica específica não consegue resolver todos os casos que encontram em seu trabalho e, a partir deste momento, adotar práticas educativas, compartilhando conhecimentos na busca de solução de uma situação problema.

Os mesmos autores alegam que para ocorrer interação da equipe, é necessário que todos participem do planejamento das ações. Entretanto, muitas vezes isto não ocorre, pois os profissionais de nível superior realizam seus planejamentos individualmente, sem compartilhar com os demais, distanciando-se de um planejamento coletivo. A valorização de todos os conhecimentos, independente do grau de instrução, faz com que todos se sintam valorizados e colaborativos com as decisões da equipe.

A superação dos desafios deste novo modelo de atenção à saúde dependerá de cada profissional que nela atua assumir seu papel para transformar as práticas de saúde, baseado em uma visão ampliada do processo saúde-doença, privilegiando a humanização e a integralidade do cuidado (Costa *et al.*, 2010).

A falta de integração das equipes de saúde pode levar a manutenção de um modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na doença e com nítida divisão das áreas de trabalho. Torna-se necessário a construção de um projeto comum, para que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e que haja plena interação entre os diversos profissionais e destes com os usuários (Kell & Shimizu, 2010).

2.3 Atuação do Cirurgião-Dentista no processo de trabalho em equipe na ESF/PSF

A Odontologia historicamente tem uma concepção marcada pelo foco no indivíduo doente, com atuação em ambiente clínico, de prática basicamente curativista, considerando a saúde como um bem de consumo (Pereira, 2009). Desse modo, os profissionais que optaram pela atuação em serviços públicos de saúde continuaram a atuar de forma tradicional, com foco ainda curativo/mutilador (Farias, 2009).

A incorporação das ESB na ESF/PSF em 2000 foi um grande avanço, permitindo o acesso à atenção odontológica de uma parcela da população antes excluída (Lourenço *et al.*, 2009). Todavia, a concretização dos princípios definidos pela ESF/PSF permanece como um processo em construção permeada por obstáculos a serem superados, na busca de uma integração efetiva do CD às ESF (Gonçalves & Ramos, 2010).

A prática profissional do CD sempre foi marcada pelo isolamento de outras categorias profissionais, o que ocasionou talvez a primeira dificuldade no trabalho em equipe, devido ao desconhecimento de uma atuação interdisciplinar (Junqueira, 2006).

Segundo Baldani *et al.* (2005), o fato das ESB não terem sido montadas e implantadas desde o início do PSF acarretou prejuízos no processo de integração destes profissionais com os demais componentes da ESF. Outro fato que poderia contribuir neste processo é a possibilidade de uma ESB estar vinculada a duas equipes da ESF/PSF, o que pode levar a dificuldade no processo de integração das equipes (Carvalho *et al.*, 2004).

Os cirurgiões-dentistas que atuam nas USF encontram barreiras no desenvolvimento de seu trabalho, como sua própria formação especializada, a falta de experiência no trabalho em equipe e no trabalho em saúde coletiva. Esta situação pode levar muitas vezes a exclusão dos mesmos do processo de trabalho na ESF/PSF (Pinto, 2008).

Frente a esta situação, algumas investigações foram realizadas no intuito de analisar o processo de trabalho em equipe entre a ESB e demais componentes da ESF.

Ditterich (2005) investigou o trabalho do CD inserido na ESF/PSF no município de Curitiba e identificou que esses profissionais apresentam um perfil generalista e se preocupam em capacitar-se na área de saúde pública, capazes de participar amplamente das ações de planejamento local e participação comunitária.

Em pesquisa com o objetivo de conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o trabalho multiprofissional no serviço público de saúde, Otenio (2007) relatou que os participantes da pesquisa, que incluía várias categorias profissionais, consideravam a unidade odontológica como parte não integrante da ESF.

Com o intuito de analisar a atuação de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF/PSF nos municípios do Rio Grande do Norte, Araújo & Dimenstein (2006) relataram a falta de integração destes com os outros profissionais da equipe de saúde, em especial com os agentes comunitários de saúde, principalmente para o desenvolvimento de ações em grupo. Os autores ressaltaram que a experiência na ESF/PSF não consegue mudar as formas de atuação já estabelecidas, onde houve reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas e concluíram por fim, que os profissionais necessitavam de motivação para

redirecionar suas práticas. Para tanto, seria necessário investimento e estímulo à educação permanente e monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Ao estudar a percepção de CD sobre a inserção da saúde bucal na ESF/PSF em um município do Rio Grande do Norte, Medeiros *et al.* (2007) observaram que a maioria dos profissionais declarou não ter participado de curso introdutório para o trabalho na ESF/PSF e mesmo aqueles que participaram deste curso relataram que não se sentiam capacitados para esta atuação. Entretanto, apesar deste cenário, grande parte desses profissionais se dizia satisfeito com o seu desempenho na atuação dentro da USF.

Em outro estudo, Oliveira *et al.* (2007) investigaram a percepção de CD na ESF/PSF nos municípios de Vitória e Vila Velha (ES) sob uma ótica interdisciplinar. Entre os resultados obtidos, a pesquisa revelou ausência do conhecimento efetivo, por parte dos profissionais, do conceito de um trabalho em equipe pautado na interdisciplinaridade. Nesta pesquisa, ficou clara a dificuldade em romper o modelo tradicional de saúde com enfoque curativo.

Com o propósito de verificar a percepção de CD a respeito da saúde bucal na ESF/PSF no município de São Gonçalo do Amarante (RN), Barbosa *et al.* (2007) observaram que ocorria uma interação satisfatória dos CD e ASB na perspectiva de um novo modelo baseado na prevenção e promoção de saúde, proporcionando aos usuários um trabalho de assistência integral e resolutiva. Os autores destacaram a necessidade da valorização dos profissionais como parte integrante da ESF.

Em outro estudo, a respeito dos potenciais e limites do trabalho do CD na ESF/PSF no município de Florianópolis, SC, os resultados demonstraram um perfil adequado para esta atuação. Todavia, os pesquisados relataram principalmente a falta de profissionais, rotatividade de CD devido à contratação temporária, falta de interação entre ESB e demais membros da ESF e falta de compreensão da população quanto às ações do CD fora da unidade. Os autores ressaltaram que a mudança do modelo de assistência somente ocorrerá com a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais das equipes de saúde e que esta luta dependia também dos próprios CDs para uma mudança de postura profissional, deixando o isolamento, para se tornarem mais participativos e envolvidos com o papel social da Odontologia (Gonçalves & Ramos, 2009).

A integração da ESB na ESF/PSF foi tema de pesquisa de Farias & Sampaio (2010). A coleta de dados foi realizada por meio de diário de campo e grupo focal e contou com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A investigação apontou que a integração se encontra em estágio incipiente, permanecendo problemas no trabalho interdisciplinar e interação da equipe, com prática centrada na clínica clássica. Os autores concluíram que não houve evolução do conceito equipe agrupamento para o conceito equipe integração, visto que ocorre a justaposição das ações, onde os profissionais mantêm atendimento de forma fragmentada.

Para compreender a dinâmica do processo de trabalho em equipe na ESF/PSF sob a perspectiva das ESB, um estudo com 196 profissionais entre CD, TSB e ASB no município de Curitiba demonstrou que, em relação à atuação multiprofissional, somente metade dos entrevistados, independente da categoria profissional, avaliaram desenvolverem ações integradas ao restante da equipe, ficando clara a dificuldade quanto à integração com os profissionais de diferentes áreas do conhecimento dentro da USF (Cruz *et al.*, 2009).

Farias (2009) realizou pesquisa identificando os aspectos que facilitam ou dificultam o desenvolvimento da integração entre a ESB na ESF/PSF no município de Fortaleza. Os resultados revelaram que a integração ainda é incipiente, persistindo a prática centrada na clínica clássica, restrito ao consultório, de maneira fragmentada.

Com o objetivo de caracterizar o processo de trabalho do CD em um município do Rio Grande do Norte, Costa *et al.* (2010) revelaram que os CDs buscam ocasionalmente, mas pouco frequente, a cooperação dos demais membros da equipe, desenvolvem frequentemente atividades clínicas e o planejamento das atividades ocorre de forma individual. Os autores concluíram que os profissionais apresentavam perfil individualista, com baixa integração com a equipe e desenvolvem atividades curativas e individuais.

Em uma investigação conduzida por Krug *et al.* (2010), observou-se que o CD foi considerado novamente como não integrante da ESF por parte de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem como também pelos próprios CDs, referindo-se somente sobre o seu núcleo profissional. Os autores ressaltaram que esta integração é importante para uma atuação coletiva, baseada em um conceito ampliado da saúde na busca pelo cuidado integral priorizado pela ESF/PSF.

Com o propósito de analisar a integração da ESB com os demais membros da ESF em um município do Rio Grande do Norte, *Costa et al.* (2012) observaram que os CDs não trabalhavam de forma integrada à equipe de saúde e mostraram-se insatisfeitos com a atuação desempenhada na ESF/PSF.

Permanece tímida a participação do CD como um membro efetivo da ESF, desconsiderando a Odontologia como parte integrante da equipe, talvez pela formação dos CD ou por sua postura individual, exigindo assim, uma reflexão sobre o papel dos mesmos no processo de trabalho em equipe (*Costa et al.*, 2010).

Na visão de Campos *et al.* (2010), mesmo depois de muitos anos após a implantação do ESF/PSF, os profissionais não receberam formação adequada em sua graduação em relação à atuação na atenção básica, permitindo assim uma atuação incoerente no trabalho na ESF/PSF, utilizando-se ainda com uma abordagem biomédica.

Diante do exposto, o simples fato de implantar ESF, com ou sem ESB, não garante a ruptura de modelos de atenção à saúde tradicionais, é preciso mudança na produção do cuidado (Araújo & Rocha, 2007). Portanto, as novas práticas de assistência à saúde exigem um profissional com habilidade em trabalhar em equipe, de criar vínculo à comunidade, ser capaz de compreender as necessidades da população, ser resolutivo na proposta de aumento da qualidade de vida das famílias atendidas por meio de uma visão não somente biológica, mas compreendendo os determinantes do processo saúde-doença e a realidade em que esta comunidade está inserida (Albuquerque, 2004).

A consolidação deste novo modelo de atenção à saúde, na área odontológica, somente ocorrerá com a articulação desses profissionais na busca por um projeto comum dentro das USF e que esteja de acordo com as necessidades da comunidade, possibilitando o rompimento do modelo assistencial na saúde bucal voltado para o curativismo e tecnicismo (*Costa et al.*, 2010).

Diversos autores como Albuquerque (2004), Francischini *et al.* (2008), Sanches *et al.* (2008) e Andrade (2010) tem apontado a formação dos profissionais da área de saúde como um ponto fundamental para a consolidação da ESF/PSF. Neste sentido, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia tem a intenção de formar um profissional apto a “atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e

transdisciplinarmente com extrema produtividade na produção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética” (Brasil, 2002).

É necessário um maior investimento nas capacitações e incentivo às políticas de promoção de saúde para que os profissionais possam render produtivamente e que trabalhem de forma integrada e integradora (Medeiros *et al.*, 2007). Neste sentido, é também essencial que, tanto os cursos de graduação como os de pós-graduação privilegiem as ações de saúde bucal de forma coletiva, favorecendo as ações de prevenção e promoção de saúde, na busca pela redução e o controle de doenças e agravos relacionados à saúde bucal (Reibnitz Júnior, 2008).

Diante dos fatos expostos, é necessário que a comunidade odontológica compreenda o seu papel social neste desafio de mudança no modelo de assistência à saúde deixando a relação individualizada profissional-paciente e adquirindo uma visão coletiva, que extrapola o ato terapêutico, passando assim a contribuir ativamente como um agente de promoção de saúde na busca por melhorias nas condições de vida da população (Reibnitz Júnior, 2008).

2.4 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde a respeito do trabalho voltado à promoção de Saúde Bucal.

A ESF/PSF tem como base a reorganização da assistência à saúde, também voltada à área odontológica, modificando a atuação centrada na doença baseada em ações curativas e de demanda espontânea, para uma atenção integral à saúde, no qual são incorporadas ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde na busca por melhorias na qualidade de vida da população (Barba, 2009).

Neste contexto, o ACS desempenha um papel imprescindível no trabalho da ESF já que possui duplo vínculo. Faz parte da comunidade, permitindo uma proximidade com a realidade e os problemas vividos por ela e faz parte da equipe onde recebe treinamento técnico para o trabalho na área de saúde. Este duplo vínculo permite que o ACS seja o elo entre a ESF e a população atendida, favorecendo a aproximação entre estes e transforma um ACS em um multiplicador de conhecimento. Todavia, na prática, nem

sempre isto ocorre, visto que um ACS despreparado pode ter efeito contrário ao desejado, acarretando problemas nas ações das equipes (Cardoso, 2004).

A atuação dos ACS favorece a aproximação da comunidade em relação às ações de prevenção de doenças e promoção de saúde oferecidas pelas USF, dada à desconfiança inicial da população frente a proposta de assistência apresentada pela ESF/PSF (Pedrosa & Teles, 2001).

Segundo Koyashiki *et al.* (2008), a atuação do ACS tem valor inestimável como um instrumento de construção social, uma vez que sua atuação possibilita avanços no sentido da integralidade do cuidado à saúde. Os autores salientam que para esse papel ser cumprido adequadamente, é necessário o seu aprimoramento técnico-científico constante.

A atuação dos ACS é de fundamental importância na vigilância da saúde da população e com isso se tornam peças importantes no trabalho de prevenção e promoção de saúde também na área odontológica. Todavia, para que essa atuação seja eficaz, é preciso conhecimento sobre o tema, tornando-os aptos para o papel de multiplicadores de conhecimento (Barba, 2009).

Dada a importância da atuação dos ACS no trabalho das equipes de saúde na ESF/PSF, alguns estudos investigaram a atuação desses profissionais em relação às ações de promoção de saúde bucal.

Com a intenção de descrever a percepção e atuação dos ACS em relação à saúde bucal o município de Naviraí, MS, Barba (2009) observou que a maioria dos ACS detinha um bom conhecimento em relação ao tema. Entretanto, citaram como um aspecto que limita a sua atuação a falta de material educativo, treinamentos e educação permanente.

Um ponto crítico apontado por Holanda *et al.* (2009), ao relatarem experiência de um curso de qualificação de ACS no Estado do Rio Grande do Norte, foi que grande parte dos ACS não detinha informações básicas necessárias à prevenção e controle das principais doenças bucais como cárie e doença periodontal. Os ACS relataram que seu trabalho em relação à saúde bucal se restringia basicamente em marcar consultas e que o fato de não deterem informações básicas sobre o tema dificultava o seu trabalho. Quanto a realização de atividades educativas em saúde bucal, afirmaram que as realizavam, porém, mencionaram dificuldades na comunicação com o CD da unidade para desenvolverem

atividades educativas. Os autores destacaram que o curso contribuiu para que os ACS reconhecessem outros atores como participantes da ESF, além de ampliar sua visão em relação ao seu papel na saúde bucal, porém, relataram existir uma carência quanto ao conhecimento da área atribuída à falta de treinamentos proporcionados pela Secretaria da Saúde e também pela própria ESB que se mantêm isolados em relação aos demais membros da equipe.

Este fato também foi observado por Moura *et al.* (2010) que, ao investigar o perfil das práticas de saúde bucal de ACS em municípios no Piauí, observaram que a maioria dos ACS não foi capacitada para realizar atividades educativas em saúde bucal, conseqüentemente, quase a totalidade desses profissionais relatou dificuldades em fornecer à comunidade orientações sobre o assunto.

O trabalho dos ACS nas práticas educativas em saúde bucal no município de Piracicaba foi investigado por Mialhe *et al.* (2011a). Os resultados demonstraram que a prática educativa mais desenvolvida foi à voltada para gestantes e crianças. Quando questionados se trabalhavam com educação em saúde bucal, a maioria respondeu negativamente e os motivos mais frequentemente relatados foram: outros assuntos para tratar, presença de outras prioridades, falta de tempo, não se sentiam capacitados ou orientados a falar sobre o assunto, somente encaminhavam para tratamento curativo, ou não tocavam no assunto, pois ocorria uma cobrança por parte da população para tratamento curativo. Verificou-se no estudo que grande parcela dos ACS não recebeu qualquer tipo de treinamento ou capacitação para realizar atividades educativas em saúde bucal.

Um exemplo de como a capacitação influencia positivamente na atuação dos profissionais na ESF/PSF foi o que demonstrou o estudo de Rodrigues *et al.* (2010), que investigaram o trabalho de ACS no município de Alagoinhas, BA. Os autores observaram uma desenvoltura destes profissionais em abordar temas sobre a saúde bucal devido a capacitação realizada pela coordenação municipal e pelos próprios CDs nas unidades de saúde. Destacou-se o relato do trabalho de educação em saúde voltada à prevenção do câncer bucal, sendo os ACS atores importantes na difusão de orientações sobre a importância do autoexame para detecção precoce de lesões orais. Estas iniciativas, segundo os autores, podem auxiliar para uma nova forma de se produzir o cuidado na saúde bucal,

reforçando o conceito de empoderamento dos ACS como um agente cuidador, detentor de conhecimentos técnicos e colaboradores para promoção de saúde na comunidade.

Fica evidente a importância do papel dos ACS na consolidação da ESF/PSF, por facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, pelo vínculo à comunidade e a equipe de saúde, pelo fortalecimento das ações de prevenção, promoção e recuperação à saúde, todavia, não se pode responsabilizá-los pela tarefa transformadora da realidade da população (Gomes *et al.*, 2009). Fatores como a falta de capacitação, experiência e integração com os demais membros da equipe podem comprometer a motivação e os resultados da atuação destes profissionais. Esta situação é fruto de um contexto há muito tempo estabelecido, exigindo assim, uma reflexão por parte dos profissionais das equipes de saúde e dos gestores sobre o papel dos ACS (Santos *et al.*, 2011).

Diante desses fatos, torna-se importante a oportunidade de capacitação e educação permanente aos profissionais envolvendo as várias disciplinas, incluindo a saúde bucal no conjunto de saberes do campo da saúde, na busca pela interdisciplinaridade e atenção integral à saúde (Fajardo, 2001).

3 PROPOSIÇÃO

Esta pesquisa foi idealizada com o intuito de investigar as percepções de cirurgiões-dentistas, agentes comunitários de saúde e enfermeiros, a respeito da integração entre a equipe de saúde bucal (ESB) e os outros integrantes da equipe de saúde da família (ESF) e os fatores que dificultam este processo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê em Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP sob protocolo n. 157/2011, conforme determina a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes da investigação foram informados sobre os objetivos da pesquisa e somente passaram pela coleta de dados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Piracicaba, que possui uma área territorial total de 1.378 km² e população estimada em 364.571 habitantes (IBGE, 2013).

A assistência odontológica pública no município teve início em 1975, marcada inicialmente pelo atendimento de urgência, de livre demanda (Fonseca, 2011). Por outro lado, a agregação de flúor à água de abastecimento público foi iniciada em 1971 (Pereira *et al.*, 1995).

O planejamento das ações de saúde bucal era realizado de forma tradicional até 1999, ou seja, onde atendia-se as necessidades de tratamento de escolares de 7 a 10 anos da rede pública de ensino e os adultos recebiam atendimento por livre demanda nas unidades básicas de saúde (UBS). A partir de 2001, o planejamento das ações de saúde bucal passou a ser estratégico, com o objetivo de planejar e executar as ações educativas, preventivas e assistenciais de forma mais efetiva (Tagliaferro *et al.*, 2005). A primeira Equipe de Saúde Bucal foi instalada em 2007 e, no momento da coleta de dados, o município apresentava treze Unidades de Saúde da Família com ESB (Fonseca, 2011).

4.3 Participantes

As equipes da ESF/PSF do município de Piracicaba contam com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e, das

13 unidades que possuíam ESB instaladas, todas apresentavam a modalidade I (Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal).

Fizeram parte da pesquisa os CDs, enfermeiros e ACS de Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Piracicaba (SP), que possuíam Equipes de Saúde Bucal (ESB) instaladas até o segundo semestre de 2011. No momento da coleta de dados, o município apresentava treze USF com ESB instaladas, sendo doze unidades foram pesquisadas, e uma unidade foi excluída, pois a pesquisadora responsável por este estudo atuava na referida USF.

Participaram da pesquisa doze CDs, doze Enfermeiros e trinta e seis Agentes Comunitários de Saúde de cada unidade, totalizando uma amostra de 60 profissionais. Foi realizado um censo nas categorias CD e Enfermeiro e para os ACS a escolha de três profissionais de cada equipe foi realizada por conveniência e a seleção dos profissionais desta categoria submetidos à coleta de dados foi de acordo com a disponibilidade de cada USF e de forma aleatória.

A escolha da categoria CD deve-se ao fato da literatura ter demonstrado ao longo do tempo, certa dificuldade em relação ao processo de trabalho em equipe entre os componentes da ESB e os demais membros da ESF, especialmente em relação ao trabalho desenvolvido com os ACS na promoção de saúde bucal (Barba, 2009).

Desse modo, devido à importância do ACS como um ator na ligação entre a comunidade e a equipe de saúde e do seu papel relevante nas orientações sobre a saúde bucal, fica clara a importância da interação entre estes profissionais e a ESB no trabalho desenvolvido pela ESF (Mialhe *et al.*, 2011a).

A categoria enfermeiro foi incluída nesta investigação, pois este profissional possui um papel fundamental dentro das equipes no planejamento das ações, na coordenação, na discussão e solução dos problemas, sendo uma referência para os demais profissionais (Oliveira & Spiri, 2006). A capacidade de articulação do enfermeiro pode colaborar para as mudanças necessárias na busca por um trabalho de equipe voltado à integralidade do cuidado (Colomé, 2005).

4.4 Instrumento para a coleta de dados

Os participantes da pesquisa foram entrevistados pela pesquisadora principal, que utilizou um roteiro de entrevista semi-estruturado, específico para cada categoria profissional.

O roteiro semi-estruturado de cada categoria profissional foi composto por duas partes: a primeira destinada a obter dados dos pesquisados, no intuito de traçar um perfil desses profissionais, além de questões relacionadas à capacitação profissional para o trabalho na ESF/PSF. A segunda parte continha questões abertas a respeito da percepção do processo de trabalho em equipe. Os roteiros estão disponíveis nos anexos 3, 4 e 5.

4.5 Pré-teste

Para avaliar a compreensão e clareza das questões, foi realizado um pré-teste com dois participantes de cada categoria profissional. As entrevistas das categorias de enfermeiro e CD foram realizadas com mestrandos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP, do Departamento de Odontologia Social, Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva e que, necessariamente, atuavam em USF, com ESB instaladas. Tais participantes não faziam parte das unidades de saúde selecionadas para a pesquisa. Na categoria de ACS foi aplicado a profissionais que atuavam em USF do município de Piracicaba, que possuía ESB, mas que não participaria da coleta de dados.

4.6 Coleta dos dados

Após recebidas as devidas autorizações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), contatou-se, via telefone, as unidades selecionadas e agendou-se o dia para a coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas no período de 27 de abril e 22 de junho de 2012, no local de trabalho dos voluntários da pesquisa, em uma sala reservada da própria USF.

4.7 Análise dos dados

Neste estudo empregou-se a análise descritiva das questões fechadas e as questões abertas foram analisadas pela teoria do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O

processamento dos dados coletados nas entrevistas individuais foi realizado pelo Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, instituição privada, formada por pesquisadores oriundos da Universidade de São Paulo.

A pesquisa qualitativa permite a produção de dados ricos que os questionários fechados não conseguiriam fornecer. Com ela, é possível compreender a percepção e o comportamento das pessoas em profundidade (Victora *et al.*, 2000). Os mesmos autores argumentam que a pesquisa qualitativa permite um maior entendimento de situações reveladas por pesquisas quantitativas, explicando os motivos pelos quais uma situação ocorre.

O DSC é uma proposta quali-quantitativa para pesquisa de opinião ou representação social, que engloba depoimentos sintetizados, analisados e redigidos na primeira pessoa do singular e expressa o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Esta técnica parte da hipótese de que, em sociedade, as pessoas compartilham ideias, opiniões, crenças ou representações (Lefèvre & Lefèvre, 2006).

A técnica do DSC tem como fundamentos as representações sociais que se referem a um conjunto de crenças, proposições, falas e condutas que se institucionalizam e se tornam rotineiros no cotidiano das comunicações pessoais e se tornam uma linguagem de senso comum na sociedade (Minayo, 2007).

Segundo Lefèvre & Lefèvre (2012), o DSC apresenta dupla pertinência: qualitativa e quantitativa. A qualitativa, porque cada opinião coletiva é representada sob a forma de um discurso e recupera os distintos conteúdos e argumentos que formam uma dada opinião na escala social, e quantitativa, pois o discurso tem uma representação numérica indicando quantos depoimentos semelhantes cada DSC obteve.

Segundo Lefèvre & Lefèvre (2003), para confeccionar os DSC são utilizadas figuras ou operadores metodológicos:

- Expressões Chave: são trechos ou transcrições literais de depoimentos que são destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo emitido pelo respondente. Trata-se da matéria-prima para a posterior construção dos DSC;

- Ideias Centrais: são expressões linguísticas que descrevem, de maneira sintética e precisa, o sentido das expressões chave, entretanto, não se trata da interpretação, mas sim de uma descrição do conteúdo de cada uma delas;
- Ancoragem: trata-se de uma manifestação de uma crença ou ideologia presente nos depoimentos, utilizada pelo respondente como forma de enquadrar uma situação específica. Esta figura metodológica nem sempre está presente nos depoimentos;
- Discurso do Sujeito Coletivo: é o discurso síntese, na primeira pessoa do singular, utilizando as expressões chaves de ideias centrais de sentido semelhante.

Para o processamento dos dados pela técnica do DSC, os depoimentos transcritos literalmente passam pelos seguintes passos (Lefèvre & Lefèvre, 2012):

- Primeiro passo: as respostas dos pesquisados são analisadas isoladamente, assim, são selecionados todos os depoimentos referentes a determinada questão;
- Segundo passo: consiste em sublinhar e identificar em cada resposta as expressões-chave;
- Terceiro passo: são identificadas as ideias centrais e ancoragens presentes nos discursos;
- Quarto passo: consiste em identificar e agrupar ideias centrais de sentido equivalente;
- Quinto passo: consiste em denominar cada grupamento pelas letras A, B, C, etc. As ideias centrais de cada grupamento recebem uma mesma denominação;
- Sexto passo: é realizada a construção do DSC, que consiste em escrever de forma discursiva e sequencial as expressões-chave de cada grupamento.

Nesta técnica, utilizando operações nos depoimentos individuais, obtém-se um conjunto de discursos coletivos ou DSC, confeccionados com trechos literais do conteúdo de significado semelhante. Cada DSC representa uma distinta opinião ou posicionamento (Lefèvre & Lefèvre, 2012).

O DSC tem sido utilizado nas pesquisas científicas apresentando uma abordagem qualitativa eficiente ao revelar de forma minuciosa as representações, crenças e valores de opinião presentes nos depoimentos de um determinado grupo de pessoas a respeito de um tema específico (Alvântara & Vesce, 2009).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da População

5.1.1 Perfil dos pesquisados

A investigação contou com doze CDs e doze enfermeiras, tratando-se de um censo dos profissionais destas categorias. Na categoria ACS, fizeram parte da amostra trinta e seis respondentes, tratando-se da metade do número de profissionais desta categoria nas unidades de saúde investigadas. Os dados a seguir referem-se ao perfil dos profissionais por meio de variáveis como gênero, faixa etária e tempo de atuação na ESF/PSF para todas as categorias e, especificamente, para as categorias enfermeiro e CD, as variáveis tempo decorrido após a conclusão da graduação e tipo de pós-graduação.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais segundo categoria profissional, sexo, idade e tempo de atuação na ESF/PSF no município de Piracicaba/SP, 2012.

		CATEGORIA PROFISSIONAL			
VARIÁVEL		Enfermeiro	CD	ACS	TOTAL
Sexo	Feminino	12	6	35	53
	Masculino	-	6	1	7
Faixa etária (anos)	20 a 29	4	3	8	15
	30 a 39	3	7	15	25
	40 a 49	3	1	11	15
	50 ou +	2	1	2	5
Tempo que Atua na ESF (anos)	Até 4	4	10	22	36
	5 a 8	5	2	8	15
	9 a 12	3	-	6	9

Identificou-se que o perfil apresentado pela categoria enfermeiro e ACS foi caracterizado, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino e na categoria CD, houve uma frequência igualitária entre o sexo feminino e masculino, totalizando 6 profissionais em cada grupo.

Em relação à faixa etária, houve uma variação de 20 a 61 anos, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos e quanto ao tempo em que atuam na ESF/PSF, houve uma variação de alguns meses até 11 anos. A maioria dos pesquisados (60%) atuava até 4 anos na área.

Nas categorias enfermeiro e CD, a tabela 2 apresenta informações relativas ao tempo decorrido, em anos, após a conclusão do curso de graduação:

Tabela 2- Distribuição dos entrevistados de acordo com o tempo (anos) que concluíram a graduação e categoria profissional no município de Piracicaba/SP, 2012.

Tempo que concluíram a graduação (anos)	CATEGORIA PROFISSIONAL		
	Enfermeiro	CD	TOTAL
4 a 10	6	6	12
11 a 20	5	4	9
21 a 32	1	2	3

A distribuição foi semelhante para as duas categorias investigadas e observou-se que a grande parte dos profissionais concluiu o curso de graduação entre 4 e 10 anos (50%).

5.1.2 Pós-graduações

Em relação a cursos de pós-graduação na categoria CD, somente três CDs não participaram de cursos de pós-graduação, oito eram especialistas, sendo que dois eram em áreas técnicas, quatro especialistas em Saúde da Família e outros dois, além de especialistas em área técnica, cursavam mestrado em Saúde Coletiva. Um CD possuía título de mestre em área técnica e de doutor em Saúde Coletiva.

Na categoria enfermeiro, todos os entrevistados possuíam título de especialista, quatro eram em especialidades em áreas técnicas, duas eram na área de Saúde da Família e seis apresentavam título na área de Saúde Coletiva e em outra especialidade técnica.

5.1.3 Capacitações e treinamentos

Quando questionados se participaram de curso introdutório a respeito do trabalho na ESF/PSF, 66,7% dos enfermeiros responderam negativamente, já nas categorias CD e ACS, somente um CD afirmou não ter participado do curso e todos os ACS afirmaram que participaram de curso introdutório. Todavia, dentre os ACS, somente oito profissionais entrevistados (22%) afirmaram que no curso ministrado abordou-se o tema saúde bucal.

Ainda na categoria de ACS, ao serem questionados sobre a capacitação anterior sobre o tema saúde bucal na ESF/PSF, somente três ACS (8%) afirmaram positivamente. Esta situação ocorreu também na categoria enfermeiro, uma vez que, dos oito enfermeiros que participaram de curso introdutório sobre o trabalho na ESF/PSF, somente quatro afirmaram que o tema saúde bucal foi abordado. Além disso, nove enfermeiros (75%) alegaram que nunca participaram de capacitação a respeito da saúde bucal na ESF/PSF.

5.2 Interação entre os membros da ESF nas ações de saúde bucal

Em relação à interação entre os membros da equipe, questionou-se aos CDs quais componentes da equipe participavam de suas ações coletivas, exemplificadas como escovações supervisionadas, atividades em escolas e para grupos de risco. A maioria dos pesquisados (66%) afirmou que o CD, a ASB e a ACS participavam das ações. Houve somente um relato de que, além desses componentes, havia a participação esporádica da enfermeira da unidade. Não houve relato de que os demais profissionais tenham participado de atividades da ESB.

5.3 Apresentação quali-quantitativa das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo

Serão apresentados a seguir os dados quantitativos referentes ao compartilhamento das ideias centrais com maior nível de compartilhamento e respectivos DSC. A totalidade dos DSC está disponível no anexo 6.

Em relação à questão aberta: “Qual(is) o(s) motivos(s) que o fizeram optar por trabalhar em PSF?”, todos os participantes da pesquisa responderam-na. Os dados estão representados na tabela 3.

Tabela 3- Síntese das ideias centrais e respectivos compartilhamentos para a questão: “Qual(is) o(s) motivos(s) que o fizeram optar por trabalhar em PSF?”

IDEIAS CENTRAIS	Enfermeiros	%	CD	%	ACS	%
A - Gosta do contato e de ajudar as pessoas	1	7,7	2	13,3	12	27,9
B - Oportunidade de trabalho	1	7,7	-	0,0	8	18,6
C - Estabilidade, segurança no emprego e/ outros benefícios	3	23,1	5	33,3	14	32,4
D - Gosta de trabalhar com saúde pública e PSF	7	53,8	4	26,7	9	20,9
E - Não foi uma opção	1	7,7	4	26,7	-	0,0

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

DSC da ideia central C- Estabilidade, segurança no emprego e/ou outros benefícios

Categoria Cirurgião-Dentista

Para falar a verdade eu prestei o concurso público para trabalhar em odontologia no serviço público, eu queria trabalhar, me dedicar exclusivamente ao serviço público, mas eu não tinha nenhum desejo em trabalhar especificamente em PSF. Trabalhar em PSF foi uma consequência do salário, digamos assim, eu entrei aqui nem sabia o que é que era, nem o que fazia aqui. Buscava a remuneração e a estabilidade. É o salário, estabilidade, horário definido de trabalho principalmente que eu acho que isso é uma vantagem.

DSC da ideia central D- Gosta de trabalhar com saúde pública e PSF

Categoria Enfermeiro

Porque eu me apaixonei pelo PSF já na faculdade, porque era uma política nova, um outro modelo de saúde, eu aceitei o desafio, que naquele momento foi um desafio muito grande começar no PSF, e porque na faculdade também eu tendia para a saúde pública, então o PSF veio de encontro ao que eu estava procurando. No PSF tem um processo de trabalho diferente, então a intenção mesmo era conhecer o Programa de Saúde da Família, a estratégia, e esse novo processo de trabalhar, desse olhar mais amplo para a comunidade, para a cultura, o ambiente, e ver se realmente é o caminho para a saúde no país. É diferente da enfermeira que trabalha no hospital, que tem mais as rotinas, é uma coisa diferente o hospital, então eu gostei mais do PSF por conta disso, gostava de fazer grupo, eu sou uma pessoa comunicativa então eu gosto bastante de conversar, de orientar, então acho que por isso também eu me identifiquei com essa área.

A questão: “Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?” foi respondida por todos os participantes da pesquisa. Os dados quantitativos referentes às ideias centrais compartilhadas estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Síntese das ideias centrais e respectivas frequências para a questão: “Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?”

IDEIAS CENTRAIS	Enfermeiro	%	CD	%	ACS	%
A - União das pessoas da equipe por um objetivo	1	7,1	2	16,7	7	19,4
B- A equipe tem entrosamento, trabalham juntos	7	50,0	4	33,3	17	47,2
C - Um trabalho depende e complementa o trabalho do outro	2	14,3	3	25,0	7	19,4
D - Trabalhar com as diferenças de cada um	4	28,6	3	25,0	5	13,9

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

DSC da ideia central B- A equipe tem entrosamento, trabalham juntos

Categoria Agente Comunitário de Saúde

O trabalhar em equipe é uma ajuda mútua, certo? Porque uma coopera com a outra, tem que ter senão não é uma equipe, tem que ter o companheirismo, tem que saber uma a escutar a outra. Todo mundo lutando para cumprir uma mesma meta, trabalhando junto para conseguir o mesmo objetivo no final. É, porque eu sozinha, o que eu faria, é como eu disse o agente de saúde não tem recurso nenhum, se a gente não tiver o apoio da equipe, do que está acima de nós, o que a gente faz? Tem que decidir juntos o que é melhor para o trabalho do grupo e a melhor forma do grupo trabalhar com a comunidade, com a população.

DSC da ideia central D- Trabalhar com as diferenças de cada um

Categoria Enfermeiro

Trabalhar em equipe é um trabalho que requer bastante jogo de cintura, bastante, você tem que ter bastante discernimento para não prejudicar nenhum membro da equipe, para você conseguir trabalhar com todos sempre falando a mesma coisa, igual para todos, e é muito gratificante o retorno que a gente tem em trabalhar em equipe porque a gente tem reuniões toda sexta-feira à tarde, a gente discute vários temas relacionados ao dia-a-dia, há problema de pacientes, problemas de funcionamento da unidade, todo mundo tenta assim dar a sua opinião, a sua visão e a gente resolve todos os problemas em conjunto, em equipe, então ninguém manda mais do que ninguém, todo mundo é importante, e você acaba ouvindo a opinião de todo mundo e chegando a alguma conclusão pela equipe.

DSC da ideia central C- Um trabalho depende e complementa o trabalho do outro

Categoria Agente Comunitário de Saúde

O trabalho que eu realizo é um pedacinho do trabalho do outro, e do outro e do outro, é como se fosse uma corrente, eu sou só uma pecinha aqui dentro. Mas o meu

trabalho só é cem por cento se o do médico for cem por cento, se da enfermeira for cem por cento, se o dentista for cem por cento, e como os agentes estão em linha de frente tanto na recepção como na rua, a unidade tem que funcionar bem redondinho. Eu acho que a gente tem que ser assim, tem que ser um trabalho sincronizado onde todos falem a mesma língua para girar redondinho, e equipe não é divisão, assim, a parte tipo odontológica mais o médico, não, a gente tem que ser um conjunto e entrar num acordo, equipe para mim é sincronizar.

A questão: “Pensando na sua definição sobre o que é o trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações entre ESB e ESF? Por quê?” foi respondida por todos os participantes da pesquisa. Os dados quantitativos referentes às ideias centrais de maior frequência estão representados no quadro a seguir.

Tabela 5: Síntese das ideias centrais e respectiva frequência para a questão: “Pensando na sua definição sobre o que é o trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações entre ESB e ESF? Por quê?”

IDEIAS CENTRAIS	Enfermeiro	%	CD	%	ACS	%
A - Trabalho separado	2	15,4	1	7,1	1	2,7
B - Participação e colaboração	5	38,5	4	28,6	17	45,9
C - Sim	2	15,4	-	0,0	5	13,5
D - Atendimento integral - foco no paciente	1	7,7	0	0,0	7	18,9
E - Existe, mas não a contento	2	15,4	5	35,7	5	13,5
F - Não	1	7,7	3	21,4	2	5,4
G - Eu tenho dificuldade em me integrar	-	0,0	1	7,1	-	0,0

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

DSC da ideia central B – Participação – colaboração

Categoria Enfermeiro

Olha, eu acho que está totalmente vinculado. Aqui na nossa equipe existe, graças a Deus, a gente tem essa preocupação, sempre os trabalhos são divididos para todo mundo, a gente está fazendo um trabalho grande sobre dengue, então todo mundo vai

participar, inclusive a dentista, as agentes acompanham nas atividades nas escolas, na creche, todo mundo participa. Existe um trabalho da saúde bucal, então todo mundo vai também tentar participar. Isso sempre foi muito comentado, a coordenadora desde o começo colocava que ela ia inserir então aqui a dentista participa de reunião, a equipe toda participa das reuniões, estão todos inteirados com tudo o que está acontecendo, dá opinião, dá todo esse entrosamento. Acho que a saúde bucal aqui não tem diferença, a gente não pode diferenciar a saúde bucal e, por exemplo, o trabalho da enfermeira, do médico e dos agentes, não há diferenças, existe uma boa integração aqui e uma boa participação, tanto da dentista quanto da ASB elas são criativas, ajudam, são participativas, são cooperativas, os agentes também cooperam. Então acho que a gente tem uma integração muito boa.

DSC da ideia central E – Existe, mas não a contento

Categoria Cirurgião-Dentista

Então, integração existe, mas não muito, não cem por cento, o fato de a gente, culturalmente o dentista ter demorado para entrar na equipe de saúde da família, a formação profissional agora mudou, mas não há muito tempo atrás a formação profissional do dentista não é voltada para a saúde coletiva, era voltada para clínica, então como a gente saía da graduação sem essa visão, era difícil essa integração. Eu acho que a equipe é legal, é muito boa nesta parte, eles são interessados, mas ainda não há uma integração de cem por cento com a saúde bucal. Alguns membros da equipe acham que não é tarefa deles também a parte odontológica, não conseguem entender muito bem esse trabalho em grupo, esse trabalho em conjunto. A dificuldade era deles entenderem que o meu paciente era paciente da unidade, era paciente da equipe toda, era um morador como qualquer outro. A visão deles sobre a Odontologia era essa, "eu vou fazer mais do eu faço, vou fazer mais do que o meu trabalho, isso não faz parte do meu trabalho". Por exemplo, agente de saúde acha que o trabalho em escola, a escovação supervisionada é só da saúde bucal, de dentista e auxiliar, então tem dificuldade nesta parte, grupo, se a gente vai fazer grupo e vai falar sobre saúde bucal, acha que não precisa estar junto. Nas visitas também, vai fazer a visita, mas a parte da saúde bucal acaba "essa parte é do pessoal do dentista",

então não, acha que não tem que falar sobre a higienização, e fica mais difícil. Então tem bastante diferença, a gente acaba se sentindo assim um ser à parte, embora tentemos estar sempre juntos, mas tem essa questão, essa separação.

DSC da ideia central F – Não

Categoria Cirurgião-Dentista

Não, eu acho que há uma desintegração em todos os momentos, quando há um grupo, por exemplo, de saúde bucal, é algo separado, nos outros grupos eu não atuo. Tem também o problema da recepção, existe a recepção da enfermagem, da parte médica, mas para o dentista, a equipe acha que é a ASB especificamente que deve recepcionar os pacientes. Você percebe que na equipe como um todo há diferenças entre os profissionais, de dentista em relação a enfermeiro, em relação a médico. Eu acho que a equipe de saúde bucal também, não só aqui, mas de uma forma geral assim já é um pouco excluída porque geralmente, foi colocada a saúde bucal depois que já estava tudo prontinho, a equipe de Saúde da Família, então já é uma outra dificuldade de integração, além disso, também as agentes, acho que elas já entram com um pouco mais de conhecimento na área médica, na área de saúde bucal já é tradicionalmente mais separado do resto do corpo assim, então acho que essas coisas dificultam um pouco essa integração. Eu vim de um PSF que era muito bom, por exemplo, fazia visita, eu, a enfermeira e a médica era todo mundo bem focado, aqui não, aqui nunca fiz uma visita, nada, eles são bem resistentes, porque tem agente comunitário aqui bem antigo e eles têm dificuldade "ah isso aí não vai dar certo, não adianta fazer isso que não tem jeito", eles são muito resistentes, qualquer coisa que você fale é "ah não".

Referente a questão aberta: “Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?” os dados quantitativos referentes a ideias centrais mais compartilhadas nos discursos dos pesquisados estão representados na tabela a seguir.

Tabela 6: Síntese das ideias centrais e respectiva frequência para a questão: “Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?”

IDEIAS CENTRAIS	Enfermeiro	%	CD	%	ACS	%
A - Acho que está bom	3	23,1	-	0	13	36,1
B - Mais funcionários / dentistas	1	7,7	2	15,4	3	8,3
C - Flexibilidade	-	0,0	2	15,4	4	11,1
D - Projetos / trabalhos conjuntos	3	23,1	-	0,0	2	5,6
E - Treinamento / curso / capacitação	1	7,7	4	30,8	3	8,3
F - Palestras / informações para a população	-	0,0	-	0,0	3	8,3
G - Comunicação / informação	2	15,4	1	7,7	5	13,9
H - Gestão	2	15,4	3	23,1	-	0,0
I - Não sabe	-	0,0	-	0,0	1	2,8
J - Não respondeu	1	7,7	-	0,0	2	5,6
K - Busca ativa	-	0,0	1	7,7	-	0,0

Obs: a soma da frequência de ideias centrais extrapola o número de 60 respostas e a porcentagem de 100%, pois um mesmo indivíduo poderia apresentar mais de uma ideia central.

DSC da ideia central A- Acho que está bom

Categoria Agente Comunitário de Saúde

Então, aqui a gente tem bastante diálogo, você entendeu, eu acho que para mim está ótimo, aqui tem integração total, a gente é bem participativo, no nosso dia-a-dia com a dentista que nós temos, a auxiliar dela, tudo o que ela precisa ela fala para nós, o que a gente tem dificuldade fala com ela, e a gente sempre se entendeu muito bem. A dentista é ótima como parceira, vai com a gente, visita todos os acamados porque eles não têm possibilidade de vir até aqui, a gente combina, tem a parte de escovação que a gente faz junto, tem a parte do flúor, eu acho que está indo bem, ele faz escala e sempre deu certo.

DSC da ideia central E-Treinamento/curso/capacitação

Categoria Enfermeiro

Então, na verdade os agentes eles tem muita dificuldade de entender isso, eles têm dificuldade de aderir algumas coisas, então eles acham que tem algumas coisas que não é função deles, essa questão de ir junto lá na escola, de participar de algumas

atividades que as vezes a dentista propõe, então é assim, não que eles não façam, eles fazem entendeu, só que sempre existe uma certa resistência inicial, tem um certo questionamento, "porque que eu tenho que fazer se é a função dela?" "porque que eu tenho que fazer se a odonto é quem resolve", ou "eu não tenho informação, eu não tive treinamento", então depois que eles começaram a questionar, tudo o que a gente vai fazer diferente, então primeiro a gente expõe, a gente discute os pontos, se tiver que existir um treinamento a gente faz para que não tenha aquela cobrança e "viu, você está me mandando fazer isso, mas eu não tenho preparo técnico para isso", então eles cobram muito isso. Eu acho que se colocasse todas elas em uma sala na prefeitura, e colocasse isso de uma forma de um mini curso, um processo de aprendizado, até de educação continuada, funcionava, porque todo mundo tem qualidades, todo mundo tem defeitos, mas a maioria gosta do que faz, e então faz bem.

DSC da ideia G-Comunicação/ informação

Categoria Agente Comunitário de Saúde

Ah, eu acho que sim, mais informações, mais conversa, mais comunicação, porque há um pouquinho de isolamento por faltar comunicação, se acontece alguma coisa a gente nem fica sabendo. Acho que devia ter assim uma abertura um pouquinho mais da parte do profissional, porque às vezes é a pessoa que é assim né, porque tem pessoa que já é mais aberta, conversa mais né, então às vezes a gente não achou um caminho ainda para que dê uma sintonia, sabe. E daí isso teria que ser assim, o dentista, a auxiliar, eles dois verem se tem alguma coisa a mais para poder passar para gente.

DSC ideia central B- Mais funcionários / dentistas

Categoria Cirurgião-Dentista

Ah eu acho que aqui está bem integrado assim, a única coisa que para ficar mais integrado teria, vamos dizer, mais tempo para dar conta do atendimento e de atividades, então para atender essa demanda de tratamento e a parte educativa, as atividades coletivas é meio complicado o tempo em relação a isso, teria que ter um dentista em cada unidade mesmo.

A questão aberta: “Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF? Por quê?” englobou somente as categorias enfermeiro e CD e os dados quantitativos referentes às ideias centrais de maior frequência estão representados na tabela 7 de acordo com a categoria profissional.

Tabela 7: Síntese das ideias centrais e respectivo compartilhamento para a questão de acordo com categoria profissional: “Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF? Por quê?”

IDEIAS CENTRAIS	CD		Enfermeiro	
A - Sim, o curso de graduação me preparou para atuar em PSF	-	0,0	4	33,3%
B - Não, o curso de graduação não me preparou para atuar em PSF	9	75%	4	33,3%
C - A graduação me preparou muito pouco para atuar em PSF	3	25%	4	33,3%

DSC da ideia central B-Não, o curso de graduação não me preparou para atuar em PSF

Categoria Cirurgião-Dentista

Sinceramente? Tive a base do trabalho, a teoria e a prática para o desenvolvimento das nossas atividades de cirurgiã dentista, mas falar que o curso prepara para a realidade pública, não, de forma nenhuma. Na verdade, na graduação eu acho que nem sabia o que era SUS direito, porque eu me lembro bem que eu não tinha nenhum tipo de estágio, as aulas que eu tinha eram aulas muito esquisitas, ninguém entendia o que estava sendo dito, e eu não sabia nem diferenciar uma UBS de um PSF, não sabia nem o que era uma UBS. As pessoas que se formam lá, os cursos não dão enfoque nenhum ao PSF.

Também para algumas pessoas, dependendo da época que fizeram a graduação, não tinha PSF. Estava começando. Não tinha nem equipe odontológica no PSF ainda. O PSF tinha acabado de nascer, então não tinha na graduação, a gente nem sabia o que era. Não tinha esse estágio que eles fazem hoje em dia, não tinha nada disso, e isso

dificultou no momento em que começaram a trabalhar. Quando você já tem experiência e você já sabe como funciona, acho que meio que facilita sim.

DSC da ideia central A: Sim, o curso de graduação me preparou para atuar em PSF

Categoria Enfermeiro

Eu acho que na minha formação, na graduação, eles tiveram um enfoque bem grande em relação ao PSF. Acho que muitas coisas que eu implanto aqui, das minhas idéias, eu tirei da minha formação. Tive uma base bastante interessante, e depois a minha própria experiência, porque o PSF de lá era totalmente diferente, eu consegui vivenciar, fiquei um ano e meio lá, então foram algumas coisas interessantes que eu fiz lá e que eu tento fazer aqui também.

No terceiro semestre foi apresentado o programa de saúde da família, mas foi muito bem apresentado porque a professora ela foi coordenadora do PSF, era uma pessoa que tinha muito conhecimento, então acho que a maioria gostou, se apaixonou e acreditou na importância deste programa.

No último ano eu tive seis meses de estágio só na saúde da família, na saúde pública, mas eu tive a sorte de cair numa unidade de saúde da família então eu fiquei seis meses numa unidade. Depois da graduação eu escolhi a saúde pública, pela experiência na faculdade, isso realmente é verdade, a faculdade despertou meu interesse pela área.

Questão exclusivamente para a categoria ACS: “Em suas visitas domiciliares, você costuma falar sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?”

Tabela 8- Síntese das ideias centrais e respectiva frequência para a questão: “Em suas visitas domiciliares, você costuma falar sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?”

IDEIAS CENTRAIS	n	%
A - Sim, costumo falar em saúde bucal	27	75,0%
B - Nem sempre costumo falar em saúde bucal	4	11,1%
C - Não costumo falar em saúde bucal	5	13,9%

DSC da ideia central A- sim, costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares.

Em relação aos assuntos mais comumente abordados pelos ACS que afirmaram falar sobre a saúde bucal estão os hábitos de higiene e alimentação.

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Sim, eu falo muito sobre a alimentação e higiene, porque a falta de higiene é que acarreta a maioria das doenças da boca. Falo de escovação, doces, assim, menos doce para criança porque a gente vê muita criança toda hora correndo atrás de mercadinho, de barzinho. A gente orienta muito as mães a diminuir os doces das crianças, bala, chupeta também que é uma coisa assim que às vezes atrapalha também a dentição das crianças. A gente também orienta, a estar sempre trocando as escovas, escovando os dentes pelo menos três vezes por dia, depois das três refeições, mas não sei se eles ouvem, mas a gente fala, a gente sempre estimula a escovação de dente.

A gente orienta as crianças de sete anos para a escovação porque a cárie aumenta neste idade, porque eles dormem sem escovar dente, então a gente costuma ficar no pé. A pasta de dente eles vem buscar no posto que a gente dá, o fio dental também. Para as famílias que são de baixa renda, eles levam daqui o kit, então de época em época eu pego a sacolinha e levo, com o fio dental, com creme dental, as escovas de dente e faço a escovação junto com eles. Então a abordagem é sempre essa, que às vezes a enfermidade que você tem no estômago é decorrente a má mastigação, a falta de dentição na boca, então tudo isso aí a gente aborda. Procuro cumprir com a parte que eu aprendo.

A gente fala dos recém-nascidos quando surge o primeiro dentinho, coisas que a gente não achava tão importante, os nossos pais naquele tempo não era tão importante, então a gente acabou criando hábito que não era importante.

DSC da ideia central C- Não costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Dentre os principais motivos para não falarem sobre a saúde bucal estão:

As prioridades são outras

Sinceramente não. É muita informação que a gente tem que passar já do dia-a-dia como falar da dengue, falar da tuberculose, da hanseníase. Então, eu falo muito pouco porque a gente acaba falando mais sobre a dengue porque nós estamos num momento crítico da dengue.

A gente faz mais busca ativa dos hipertensos, as gestantes, as crianças. Estamos pesquisando as coisas rotineiras que são as crianças, se estão vacinadas ou não. Na parte de saúde bucal nós não somos muito cobrados e nós fazemos o que é mais cobrado. Também temos as gestantes, os hipertensos e as crianças menores de um ano, que são as nossas preocupações maiores. São os grupos de risco.

Talvez, também, até por falta de hábito, porque a gente geralmente faz perguntas sobre doença, a questão da dengue, gestante, falo sobre dengue, sobre outras coisas e acabo esquecendo de saúde bucal.

Falta treinamento

Não. A gente não tem noção nenhuma sobre a saúde bucal, vou ser bem sincera, eu sei que precisa fazer escovação, que precisa usar fio dental, mas a gente não sabe sobre o canal, sinceramente se você me perguntar sobre a saúde bucal eu não sei responder. Às vezes o paciente fala que a gengiva dele sangra, que faz bochecho com água oxigenada, mas eu não sei orientar se está correto, o que o paciente deve fazer, tenho que pedir para ir no dentista no posto. Então, um treinamento junto com a dentista, pra que a gente fale mais ou menos a mesma língua, o que colocar, o que falar, no sentido tanto dela para a gente, e da gente para o paciente, aí acho que seria o ideal.

Questão exclusivamente para a categoria enfermeiro: “Nas suas atividades de enfermagem com os pacientes você fala sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?”

Tabela 9- Síntese das ideias centrais e respectiva frequência para a questão: “Nas suas atividades de enfermagem com os pacientes você fala sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?”

IDEIAS CENTRAIS	n	%
A - Sim, costumo falar em saúde bucal	10	83,3%
B - Nem sempre costumo falar em saúde bucal	1	8,3%
C - Não respondeu	1	8,3%

DSC da ideia central A- sim, costumo falar em saúde bucal nas atividades de enfermagem

Dentre os principais assuntos abordados estão:

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Falo. Desde os recém-nascidos, quando eles vêm, eu oriento a mãe a fazer a higiene bucal da criança, mesmo que a criança não tenha dente ainda. Eu oriento quanto à higiene oral e amamentação. Falo sobre a limpeza da boca, dos dentinhos que estão nascendo, oriento a mãe a como limpar a boquinha. Também aprendi com a dentista a falar sobre cárie de mamadeira.

Eu falo da higienização com as mães de bebê na introdução de alimentos a partir de seis meses quando está nascendo os dentes. Com crianças maiores, eu pego as crianças mesmo, a gente olha a boca, a gente fala da higiene, a gente pega a escova e ensina. Então fazemos a orientação de escovação e o uso da pasta sem flúor. Eu gosto de fazer isso, então eu faço isso com bebês e crianças.

Então tem quase que meio rotineira as perguntas, "faz higiene bucal? Como faz?" E olho os dentinhos, quanto tem na arcada inferior, e na arcada superior, usa chupeta? Todas essas coisas, eu acho importantíssimo. Então é mais nessas partes que eu costumo orientar.

Fala sobre tratamentos preventivos

O foco principal são as crianças, a criança chega e começa a nascer dentinho, na amamentação, e as gestantes que a gente orienta as consultas. E também, a questão dos

hipertensos e diabéticos nas consultas, a gente sempre assim procura saber se tem alguma ferida na boca, a questão da ferida, e se for necessário encaminhar.

6 DISCUSSÃO

Diante da carência de estudos que tenham avaliado os avanços e impactos obtidos com a incorporação das ESB às ESF bem como as dificuldades e limitações que as ESB enfrentam no desenvolvimento do trabalho em equipe, esta pesquisa procurou investigar a percepção dos profissionais da área da saúde, que trabalham dentro da ESF/PSF, quanto ao processo de trabalho em equipe.

Os dados sociodemográficos demonstraram que o perfil apresentado pela categoria enfermeiro e ACS foi caracterizado, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino (tabela 1), corroborando aos dados da literatura que apontam para um aumento no número de mulheres em profissões da área da saúde, especialmente da área de enfermagem e dos ACS (Rocha & Almeida, 2000; Camelo & Angerami, 2008). Já na categoria CD, houve uma frequência igualitária entre o sexo feminino e masculino, totalizando 6 profissionais em cada grupo (tabela 1), dados divergentes dos cenários de pesquisas encontrados por Farias (2009), Costa *et al.* (2010) e Martelli *et al.* (2010) que apontam a predominância do sexo feminino entre os CD nas USF.

Em relação à faixa etária, houve uma variação de 20 a 61 anos, predominando a faixa etária de 30 a 39 anos (tabela 1), na mesma tendência dos estudos de Gil (2005) e Zanetti *et al.* (2010), realizados em outras regiões do país, que relataram que a maioria dos profissionais que atua em PSF são jovens.

Quanto ao tempo em que atuam na ESF/PSF, houve uma variação de alguns meses até 11 anos (tabela 1). A maioria dos pesquisados (60%) atuava até 4 anos na área, dados similares aos de Germanos *et al.* (2005) que observaram que a grande maioria dos pesquisados de sua investigação atuavam até 4 anos na ESF/PSF.

Referente ao tempo que concluíram a graduação nas categorias CD e enfermeiro, a distribuição foi semelhante para as duas categorias investigadas, onde foi possível observar que a maioria dos profissionais concluiu o curso de graduação entre 4 e 10 anos (tabela 2). Estes dados mostram que os profissionais estão relativamente há pouco tempo no mercado de trabalho, sugerindo que a atuação na ESF/PSF transformou-se em uma oportunidade de emprego para os profissionais recém-graduados da área da saúde.

Segundo Zanetti *et al.* (2010), atuar na ESF/PSF revela a perspectiva de trabalho a grupos menos favorecidos, especialmente os jovens e mulheres.

Em relação a cursos de pós-graduação na categoria CD, verificou-se que grande parte dos profissionais optou por cursos voltados à Saúde Coletiva ou da Saúde da Família. Esses dados são semelhantes aos obtidos por Lenzi *et al.* (2010) que verificaram em estudo conduzido no município do Rio Grande do Sul em que os CDs cursaram especialização em Saúde Coletiva. Neste mesmo sentido, Farias (2009) afirmou que o fato da maior parte dos CDs possuir cursos de pós-graduação nessas áreas pode ser justificado em parte pela falha na formação para o trabalho na ESF/PSF durante o curso de graduação. Em contrapartida, Araújo & Dimenstein (2006), ao investigarem o perfil de atuação de CD inseridos na ESF/PSF em municípios do Rio Grande do Norte, observaram que a maioria não possuía pós-graduação e os que tinham tal formação concluíram cursos sem qualquer relação com Saúde Pública ou Coletiva.

Essa situação ocorreu também na categoria enfermeiro, onde a maior parte dos profissionais também optaram por cursos voltados à Saúde Coletiva, esses dados são semelhantes aos obtidos por Cotta *et al.* (2006), que relataram condição semelhante no município de Teixeira (MG).

Segundo Zanetti *et al.* (2010), o fato dos profissionais buscarem qualificação para atuação na ESF/PSF sugere possíveis reflexos na sensibilização destes profissionais sobre o seu papel social no trabalho nesta estratégia.

Os resultados da pesquisa mostraram que ao serem questionados se participaram de curso introdutório a respeito do trabalho na ESF/PSF, 66,7% dos enfermeiros responderam negativamente, dados semelhantes encontrados por Oliveira & Albuquerque (2008), que observaram a falta e/ou insuficientes capacitações, já que a maioria dos pesquisados não passaram por capacitação para o trabalho na ESF/PSF. Entretanto, a mesma situação não ocorreu nas categorias CD e ACS pois somente um CD afirmou não ter participado do curso e todos os ACS afirmaram que participaram de curso introdutório. Todavia, dentre os ACS, somente oito profissionais entrevistados (22%) afirmaram que no curso ministrado abordou-se o tema saúde bucal.

Na categoria de ACS, ao serem questionados sobre a capacitação anterior sobre o tema saúde bucal na ESF/PSF, somente três ACS (8%) afirmaram positivamente, corroborando os dados obtidos por Germanos *et al.* (2005) e Moura *et al.* (2010) que relataram que a maioria dos ACS da região nordeste do país não recebem treinamento para atuação nas atividades educativas na saúde bucal.

Situação semelhante ocorreu na categoria enfermeiro, uma vez que, dos oito enfermeiros que participaram de curso introdutório sobre o trabalho na ESF/PSF, somente quatro afirmaram que o tema saúde bucal foi abordado. Além disso, nove enfermeiras (75%) alegaram que nunca participaram de capacitação a respeito da saúde bucal na ESF/PSF. Estes achados sugerem a dificuldade em trabalhar com o tema por não haver pessoas capacitadas tecnicamente para esta atuação, podendo produzir, segundo Oliveira & Spiri (2006), insatisfação em relação à atuação no trabalho, por não haver treinamento para o exercício de suas funções. Camelo & Angerami (2008) acrescentam que a falta de preparo gera insegurança ao se trabalhar com a comunidade.

O treinamento dos recursos humanos, segundo Santos & Cutolo (2003), é primordial no sentido de minimizar as deficiências individuais dos profissionais que ainda mantêm dificuldades em estabelecer um trabalho em equipe, baseado na atuação interdisciplinar.

A despeito da interação entre os membros da equipe, quando questionados sobre quais componentes da equipe participavam de suas ações coletivas, exemplificadas como escovações supervisionadas, atividades em escolas e para grupos de risco, 66% dos CDs afirmaram que além do próprio CD, a ASB e os ACSs participavam das ações. Houve somente um relato de que, além desses componentes, havia a participação esporádica da enfermeira da unidade. Não houve relato de que os demais profissionais tenham participado de atividades da ESB, talvez evidenciando uma dificuldade na interação ativa entre os membros das equipes.

Esses dados são semelhantes aos relatados por Cruz *et al.* (2009), que desenvolveram um estudo com CD, TSB e ASB no município de Curitiba e observaram que, em relação à atuação multiprofissional, somente metade dos entrevistados, independente da categoria profissional, desenvolvia ações integradas ao restante da equipe,

ficando clara a dificuldade quanto à integração com os profissionais de diferentes áreas de conhecimento dentro da USF.

5.3 Apresentação quali-quantitativa das Ideias Centrais e dos Discursos do Sujeito Coletivo

Em relação à questão aberta: “Qual(is) o(s) motivos(s) que o fizeram optar por trabalhar em PSF?” (tabela 3).

Fortuna *et al.* (2005) citam como motivos que fazem os profissionais optarem por atuar na ESF, a necessidade de salário, porque acreditam que estão ajudando a comunidade, acreditam que a ESF/PSF é o melhor modo de atender a população ou foi o emprego que conseguiu naquele momento. Como observado na pesquisa, as ideias centrais C e D foram as mais compartilhadas entre os respondentes.

As ideias centrais com maior nível de compartilhamento entre os pesquisados são discutidas a seguir.

DSC da ideia central C- Estabilidade, segurança no emprego e/ou outros benefícios

Categoria Cirurgião-Dentista

Para falar a verdade eu prestei o concurso público para trabalhar em odontologia no serviço público, eu queria trabalhar, me dedicar exclusivamente ao serviço público, mas eu não tinha nenhum desejo em trabalhar especificamente em PSF. Trabalhar em PSF foi uma consequência do salário, digamos assim, eu entrei aqui nem sabia o que é que era, nem o que fazia aqui. Buscava a remuneração e a estabilidade. É o salário, estabilidade, horário definido de trabalho principalmente que eu acho que isso é uma vantagem.

Os dados são semelhantes aos descritos por Farias (2009) e Toledo & Queluz (2011), que observaram que a maioria dos pesquisados em seus estudos alegaram que o fator financeiro foi determinante para a escolha em atuar na ESF/PSF. Dentre as razões para esta escolha como campo de atuação profissional, a oportunidade de emprego também

foi citada como o principal fator de escolha de ACS, em estudo realizado por Ronzani & Silva (2008).

Santos & Cutolo (2003) afirmam que trabalhar na ESF/PSF transformou-se em uma opção de acréscimo salarial importante, especialmente para profissionais jovens e que almejam uma vaga em residências. Além disso, segundo os mesmos autores, muitos destes profissionais optam por este trabalho exclusivamente pelo retorno financeiro ou por curiosidade, sem apresentar um perfil adequado para a função, fazendo com que as equipes de saúde sejam desconectadas, desintegradas e apresentem dificuldades na comunicação e atuação interdisciplinar.

DSC da ideia central D- Gosta de trabalhar com saúde pública e PSF

Categoria Enfermeiro

Porque eu me apaixonei pelo PSF já na faculdade, porque era uma política nova, um outro modelo de saúde, eu aceitei o desafio, que naquele momento foi um desafio muito grande começar no PSF, e porque na faculdade também eu tendia para a saúde pública, então o PSF veio de encontro ao que eu estava procurando. No PSF tem um processo de trabalho diferente, então a intenção mesmo era conhecer o Programa de Saúde da Família, a estratégia, e esse novo processo de trabalhar, desse olhar mais amplo para a comunidade, para a cultura, o ambiente, e ver se realmente é o caminho para a saúde no país. É diferente da enfermeira que trabalha no hospital, que tem mais as rotinas, é uma coisa diferente o hospital, então eu gostei mais do PSF por conta disso, gostava de fazer grupo, eu sou uma pessoa comunicativa então eu gosto bastante de conversar, de orientar, então acho que por isso também eu me identifiquei com essa área.

Dados semelhantes foram observados por Nóbrega (2008) que, em estudo de um município no Rio Grande do Norte, revelou que a maioria dos pesquisados citou como motivo para integrar-se à ESF/PSF a identificação com a filosofia da estratégia. Dentro deste contexto, segundo Cotta *et al.* (2007), a atuação na ESF/PSF exige uma formação adequada dos profissionais de tal forma que estejam capacitados para o enfrentamento de problemas decorrente de desigualdades sociais.

Um fato interessante foi observado na categoria CD, onde a ideia central “E: Não foi uma opção” foi compartilhada por 26% dos entrevistados, na categoria enfermeiro ocorreu em 7% da amostra e entre os ACS esta ideia central não apareceu nos discursos. Este fato poderia dificultar o seu desempenho na equipe de trabalho e, conforme Costa *et al.* (2010), exigirá do profissional a tarefa de assumir o papel de privilegiar a ação integral do cuidado e uma visão ampliada do processo saúde-doença para atuação nesta estratégia. Entretanto, conforme verificado neste estudo, o fato de grande parte dos pesquisados optarem por cursos de pós-graduação na área de Saúde da Família ou Coletiva demonstra o interesse desses profissionais em se adequarem ao perfil exigido para o trabalho na ESF/PSF.

Referente a questão aberta: “Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?” (tabela 4), são discutidas a seguir as ideias centrais com maior nível de compartilhamento.

DSC da ideia central B- A equipe tem entrosamento, trabalham juntos

Categoria Agente Comunitário de Saúde

O trabalhar em equipe é uma ajuda mútua, certo? Porque uma coopera com a outra, tem que ter senão não é uma equipe, tem que ter o companheirismo, tem que saber uma a escutar a outra. Todo mundo lutando para cumprir uma mesma meta, trabalhando junto para conseguir o mesmo objetivo no final. É, porque eu sozinha, o que eu faria, é como eu disse o agente de saúde não tem recurso nenhum, se a gente não tiver o apoio da equipe, do que está acima de nós, o que a gente faz? Tem que decidir juntos o que é melhor para o trabalho do grupo e a melhor forma do grupo trabalhar com a comunidade, com a população.

Visto que o trabalho em equipe é um fator-chave para o desenvolvimento do trabalho na ESF/PSF, para que seus propósitos sejam alcançados, segundo Colomé (2005), é necessário que haja o investimento no fortalecimento do vínculo entre os membros da equipe. Desse modo, Fortuna *et al.* (2005) acrescentam que o estabelecimento de objetivos comuns à equipe favorece para que todos caminhem em uma mesma direção.

Todavia, Colomé (2005) alerta que os profissionais podem compreender a concepção do trabalho em equipe, caracterizando-o de forma idealizada. Além disso, no cotidiano de suas práticas, as dificuldades podem limitar ou até impedir um trabalho efetivamente integrado.

DSC da ideia central D- Trabalhar com as diferenças de cada um
Categoria Enfermeiro

Trabalhar em equipe é um trabalho que requer bastante jogo de cintura, bastante, você tem que ter bastante discernimento para não prejudicar nenhum membro da equipe, para você conseguir trabalhar com todos sempre falando a mesma coisa, igual para todos, e é muito gratificante o retorno que a gente tem em trabalhar em equipe porque a gente tem reuniões toda sexta-feira à tarde, a gente discute vários temas relacionados ao dia-a-dia, há problema de pacientes, problemas de funcionamento da unidade, todo mundo tenta assim dar a sua opinião, a sua visão e a gente resolve todos os problemas em conjunto, em equipe, então ninguém manda mais do que ninguém, todo mundo é importante, e você acaba ouvindo a opinião de todo mundo e chegando a alguma conclusão pela equipe.

É importante considerar que uma equipe é formada por pessoas que apresentam especificidades próprias como visão do mundo, experiências profissionais e de vida, tipo de formação e capacitação, inserção social e interesses próprios. Estas especificidades influenciam no processo de trabalho em equipe, entretanto, não a inviabilizam (Araújo & Rocha, 2007). Dentro deste contexto, Cardoso (2004) acrescenta que o trabalho em equipe implica não somente o encontro de vários saberes científicos, mas também o encontro de diferentes pessoas e suas subjetividades. Estão inseridos neste processo aspectos objetivos e subjetivos como simpatias, antipatias, conflitos, resistências e dificuldades na comunicação. O trabalho em equipe exige capacidade de cooperação e comunicação, além de saber lidar com diferenças, habilidade em trabalhar em grupo, respeito às pessoas e humildade em reconhecer seus próprios limites (Cardoso, 2004).

Sob este foco, Krug *et al.* (2010) alegam que na medida em que a convivência aumenta, percebe-se maior aceitação dos defeitos e qualidades dos colegas, apesar dos momentos de conflitos ainda existirem.

DSC da ideia central C- Um trabalho depende e complementa o trabalho do outro

Categoria Agente Comunitário de Saúde

O trabalho que eu realizo é um pedacinho do trabalho do outro, e do outro e do outro, é como se fosse uma corrente, eu sou só uma pecinha aqui dentro. Mas o meu trabalho só é cem por cento se o do médico for cem por cento, se da enfermeira for cem por cento, se o dentista for cem por cento, e como os agentes estão em linha de frente tanto na recepção como na rua, a unidade tem que funcionar bem redondinho. Eu acho que a gente tem que ser assim, tem que ser um trabalho sincronizado onde todos falem a mesma língua para girar redondinho, e equipe não é divisão, assim, a parte tipo odontológica mais o médico, não, a gente tem que ser um conjunto e entrar num acordo, equipe para mim é sincronizar.

Os sujeitos entendem por “falar a mesma língua” como a sintonia e consenso nas ações a serem executadas, onde todos os membros da equipe participam das decisões sobre os objetivos traçados. Esta compreensão torna cada integrante responsável pelo desenvolvimento do trabalho em conjunto (Kell & Shimizu, 2010).

Na visão de Pinho (2006), é necessário que se estabeleça o papel de cada membro da equipe na execução das ações, com o compromisso e responsabilização de todos no desempenho de suas funções, visando atingir os objetivos definidos por um planejamento cuidadoso proposto pela própria equipe. Todavia, Cutolo & Madeira (2010) salientam que os profissionais devem reconhecer a necessidade do compartilhamento de conhecimentos e informações, tornando o trabalho em equipe um fator determinante para a solução dos problemas de saúde, conforme preconiza a ESF/PSF.

Neste mesmo sentido, Colomé (2005) ressalta que a convivência entre os profissionais permite o desenvolvimento de confiança que cada membro da equipe deposita

nos demais colegas, colaborando assim, para a eficiência e agilidade na assistência as famílias, assim como promove a integração da equipe.

Diante do exposto, é possível afirmar que os profissionais possuem um apropriado entendimento teórico do significado do trabalho em equipe, entretanto, vale salientar que, este fato não significa, necessariamente, que o discurso se reflita em atitudes na atuação na ESF/PSF, visto que a falta de reflexão sobre o tema pode dificultar a avaliação sobre integração nas equipes de saúde.

Na questão: “Pensando na sua definição sobre o que é o trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações entre ESB e ESF? Por quê?” (tabela 5). As ideias centrais mais compartilhadas são discutidas a seguir.

DSC da ideia central B – Participação – colaboração

Categoria Enfermeiro

Olha, eu acho que está totalmente vinculado. Aqui na nossa equipe existe, graças a Deus, a gente tem essa preocupação, sempre os trabalhos são divididos para todo mundo, a gente está fazendo um trabalho grande sobre dengue, então todo mundo vai participar, inclusive a dentista, as agentes acompanham nas atividades nas escolas, na creche, todo mundo participa. Existe um trabalho da saúde bucal, então todo mundo vai também tentar participar. Isso sempre foi muito comentado, a coordenadora desde o começo colocava que ela ia inserir então aqui a dentista participa de reunião, a equipe toda participa das reuniões, estão todos inteirados com tudo o que está acontecendo, dá opinião, dá todo esse entrosamento. Acho que a saúde bucal aqui não tem diferença, a gente não pode diferenciar a saúde bucal e, por exemplo, o trabalho da enfermeira, do médico e dos agentes, não há diferenças, existe uma boa integração aqui e uma boa participação, tanto da dentista quanto da ASB elas são criativas, ajudam, são participativas, são cooperativas, os agentes também cooperam. Então acho que a gente tem uma integração muito boa.

Os resultados são semelhantes aos obtidos em investigação de Pavoni & Medeiros (2009) onde se observou que os profissionais desenvolviam ações com articulação e interação entre os membros da equipe consoante com o modelo integração.

Medidas como promover o diálogo aberto, elevar a motivação da equipe e o compartilhamento no planejamento das ações podem promover a integração da equipe possibilitando assim, aumento da qualidade da assistência prestada às famílias (Souza & Carvalho, 2003)

Segundo Pedrosa & Teles (2001), o bom relacionamento da equipe permite maior vínculo com a comunidade e auxilia no desenvolvimento de ações preventivas como ações em grupos, imunização e pré-natal. Contudo, Colomé (2005) afirma que o trabalho em equipe na ESF/PSF tem um caráter dinâmico, apresentando momentos de integração entre os membros da equipe, como também situações em que os profissionais atuam de forma isolada.

Neste sentido, para Campos (2000), citado por Peduzzi (2011), os profissionais tendem a supor que, ao executarem suas funções adequadamente, garantirão atendimento integral à saúde, entretanto, o trabalho de forma tradicional reforça o isolamento, produz fragmentação do cuidado, dificulta o trabalho em equipe visto que os procedimentos se somam, não existindo efetiva integração.

A percepção idealizada do trabalho em equipe, em que o cotidiano de suas práticas é harmonioso ou até homogêneo pode demonstrar o medo da equipe em admitir a existência de conflitos no processo de trabalho (Kell & Shimizu, 2010).

Outro fato que pode prejudicar a avaliação pelos profissionais é o fato de entenderem que o trabalho em equipe está relacionado às relações pessoais baseadas em amizades ou em uma convivência amistosa. Todavia, esta situação não garante a articulação das ações ou a interação efetiva entre os membros da equipe (Kell & Shimizu, 2010).

Neste sentido, a falta de entendimento real do que verdadeiramente seria um trabalho em equipe, baseado em uma visão interdisciplinar, prejudica a avaliação deste processo (Oliveira *et al.*, 2007).

DSC da ideia central E – Existe, mas não a contento

Categoria Cirurgião-Dentista

Então, integração existe, mas não muito, não cem por cento, o fato de a gente, culturalmente o dentista ter demorado para entrar na equipe de saúde da família, a

formação profissional agora mudou, mas não há muito tempo atrás a formação profissional do dentista não é voltada para a saúde coletiva, era voltada para clínica, então como a gente saía da graduação sem essa visão, era difícil essa integração. Eu acho que a equipe é legal, é muito boa nesta parte, eles são interessados, mas ainda não há uma integração de cem por cento com a saúde bucal. Alguns membros da equipe acham que não é tarefa deles também a parte odontológica, não conseguem entender muito bem esse trabalho em grupo, esse trabalho em conjunto. A dificuldade era deles entenderem que o meu paciente era paciente da unidade, era paciente da equipe toda, era um morador como qualquer outro. A visão deles sobre a Odontologia era essa, "eu vou fazer mais do eu faço, vou fazer mais do que o meu trabalho, isso não faz parte do meu trabalho". Por exemplo, agente de saúde acha que o trabalho em escola, a escovação supervisionada é só da saúde bucal, de dentista e auxiliar, então tem dificuldade nesta parte, grupo, se a gente vai fazer grupo e vai falar sobre saúde bucal, acha que não precisa estar junto. Nas visitas também, vai fazer a visita, mas a parte da saúde bucal acaba "essa parte é do pessoal do dentista", então não, acha que não tem que falar sobre a higienização, e fica mais difícil. Então tem bastante diferença, a gente acaba se sentindo assim um ser à parte, embora tentemos estar sempre juntos, mas tem essa questão, essa separação.

Apesar dos esforços na mudança de um modelo de saúde que privilegia a atuação em equipe, é possível observar ainda a existência de fragmentação e desintegração no processo de trabalho em equipe, onde os profissionais mantêm-se isolados em “núcleos de competência”, que não abrange toda a complexidade das necessidades objetivas e subjetivas da população adscrita, sendo assim necessária uma flexibilidade nas ações técnicas, proporcionando a possibilidade de uma atuação coletiva na busca por uma ação integral (Almeida & Mishima, 2001).

A maior parte dos profissionais da área de saúde, segundo Francischini *et al.* (2008), tem algum tipo de dificuldade para trabalhar em equipe, este fato pode ser explicado em parte pelo tipo de formação acadêmica recebida por estes profissionais, assim como pela própria educação pessoal.

Embora a área de atuação do CD seja um recorte do corpo humano, a cavidade oral, não se pode reduzir os aspectos biopsicossociais envolvidos no cuidado integral à saúde (Moysés *et al.*, 1999).

Outra dificuldade observada nos discursos foi a demanda excessiva. Esses dados corroboram os de Colomé (2005), Lourenço *et al.* (2009) e Farias (2009), refletindo que o excesso de trabalho acarreta um período de tempo maior dedicado às ações curativas, dificultando a interação com os demais profissionais.

Um outro fato mencionado por alguns respondentes nesta investigação é de que, além da sobrecarga de trabalho, existe a falta de compreensão da população sobre o trabalho desenvolvido na ESF/PSF, onde não se aceita bem o trabalho do CD fora do ambiente clínico, corroborando com dados obtidos por Gonçalves & Ramos (2010) que mencionaram a mesma situação no município de Florianópolis.

Na visão de Costa *et al.* (2010), ainda é tímida a participação do CD como um membro efetivo da equipe, desconsiderando a Odontologia como parte integrante da ESF, talvez pela formação dos CD ou por sua postura individual, exigindo assim, uma reflexão sobre o papel dos mesmos no processo de trabalho em equipe.

Esta situação pode ser explicada pelo fato do CD ter uma formação acadêmica especializada, voltada à prática curativista, sem que haja o envolvimento com outras categorias profissionais, dificultando o seu trabalho em equipe (Pinto, 2008). Neste mesmo sentido, Fortuna *et al.* (2005) relatam que, em uma equipe, os profissionais no cotidiano de suas atividades podem se isolar em suas ações, havendo assim pouco vínculo entre os componentes da equipe.

O fato de alguns profissionais considerarem seus saberes técnicos auto-suficientes faz com que julguem desnecessário trocar informações ou sanar dúvidas com os demais profissionais. Esta situação indica que o trabalho está centrado na execução das tarefas, favorecendo as ações divergentes e desconexas no processo de trabalho em equipe (Colomé, 2005)

Para que esta situação seja revertida, depende dos próprios cirurgiões-dentistas a percepção da necessidade de uma mudança de postura profissional, deixando o

isolamento para se tornarem mais participativos e envolvidos com o papel social da Odontologia (Gonçalves & Ramos, 2010).

DSC da ideia central F – Não

Categoria Cirurgião-Dentista

Não, eu acho que há uma desintegração em todos os momentos, quando há um grupo, por exemplo, de saúde bucal, é algo separado, nos outros grupos eu não atuo. Tem também o problema da recepção, existe a recepção da enfermagem, da parte médica, mas para o dentista, a equipe acha que é a ASB especificamente que deve recepcionar os pacientes. Você percebe que na equipe como um todo há diferenças entre os profissionais, de dentista em relação a enfermeiro, em relação a médico. Eu acho que a equipe de saúde bucal também, não só aqui, mas de uma forma geral assim já é um pouco excluída porque geralmente, foi colocada a saúde bucal depois que já estava tudo prontinho, a equipe de Saúde da Família, então já é uma outra dificuldade de integração, além disso, também as agentes, acho que elas já entram com um pouco mais de conhecimento na área médica, na área de saúde bucal já é tradicionalmente mais separado do resto do corpo assim, então acho que essas coisas dificultam um pouco essa integração. Eu vim de um PSF que era muito bom, por exemplo, fazia visita, eu, a enfermeira e a médica era todo mundo bem focado, aqui não, aqui nunca fiz uma visita, nada, eles são bem resistentes, porque tem agente comunitário aqui bem antigo e eles têm dificuldade "ah isso aí não vai dar certo, não adianta fazer isso que não tem jeito", eles são muito resistentes, qualquer coisa que você fale é "ah não".

Ao longo do tempo, alguns estudos demonstraram a dificuldade na integração da ESB dentro da ESF/PSF em relação ao trabalho de equipe pautado em uma abordagem interdisciplinar, como demonstrou a investigação de Farias (2009) que, ao analisar a atuação de CD inseridos na ESF/PSF no município de Fortaleza, relatou que a integração era incipiente, persistindo a prática centrada na clínica clássica, restrito ao consultório e de maneira fragmentada.

Em uma investigação de Krug *et al.* (2010), observou-se que o CD foi considerado como não integrante da equipe da ESF por parte de médicos, enfermeiros e

técnicos de enfermagem, como também pelos próprios CD, referindo-se somente ao seu núcleo profissional.

Segundo Baldani *et al.*, (2005), em virtude das ESB não terem sido montadas e implantadas desde o início do PSF, houve um evidente prejuízo no processo de integração destes profissionais com os demais componentes da ESF. Corroborando esse ponto de vista, Farias (2009) pondera que a manutenção do distanciamento entre a ESB e a ESF, inclusive pela própria coordenação municipal, contribui para dificuldade de integração entre as equipes. Ainda a esse respeito, Carvalho *et al.* (2004) ressaltaram que um outro fator que poderia contribuir neste processo é a possibilidade de uma ESB estar vinculada a duas equipes da ESF/PSF, o que poderia também levar a dificuldade no processo de integração das equipes. Para Kell & Shimizu (2010) a valorização social dos trabalhos especializados, bem como as falhas no processo de formação dos profissionais e a inadequada organização dos processos de trabalho, podem ser obstáculos na construção do trabalho em equipe.

Em estudo desenvolvido por Krug *et al.* (2010), observou-se uma maior integração entre atores da equipe como médico/enfermeiro e auxiliares/enfermeiro, definindo-se a categoria enfermeiro como articulador e coordenador dos serviços de saúde na unidade. Já na investigação de Araújo & Dimenstein (2006), os cirurgiões-dentistas relataram a falta de integração com os outros profissionais de equipe de saúde, em especial com os agentes comunitários de saúde, principalmente para o desenvolvimento de ações em grupo. Todavia cabe aqui ressaltar que, segundo Holanda *et al.* (2009), no caso do ACS, tradicionalmente este profissional esteve mais vinculado aos profissionais da enfermagem e a figura do médico, o que pode levar a um menor envolvimento deste com a ESB.

Estas situações poderiam contribuir para uma dificuldade apontada por alguns CD e enfermeiras nesta investigação, em relação à atuação em conjunto entre a ESB e os ACS, citando a falta de capacitação desses profissionais, que pode ser a responsável pela resistência dos mesmos em atuar nas atividades relacionadas à saúde bucal. O fato da maioria dos ACS da amostra ter participado de curso introdutório, onde não se abordou o tema saúde bucal e de não participarem de capacitação a respeito da saúde bucal, reforça esta hipótese.

Como observado nos DSC, de maneira geral, o trabalho em equipe baseado na interdisciplinaridade ainda é uma realidade distante para as ESF, esta situação ainda é agravada quando há a presença da ESB. Neste contexto, a disputa de poder e auto-suficiência das especialidades torna difícil a convivência entre profissionais de nível superior, médio e fundamental. Portanto, a integralidade da atenção à saúde só será alcançada quando o trabalho verdadeiramente integrado se fizer presente nas práticas de saúde nas ESF (Farias & Sampaio, 2010).

Referente a questão: “Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?” (tabela 6). As ideias centrais mais compartilhadas são discutidas a seguir.

DSC da ideia central A- Acho que está bom

Categoria Agente Comunitário de Saúde

Então, aqui a gente tem bastante diálogo, você entendeu, eu acho que para mim está ótimo, aqui tem integração total, a gente é bem participativo, no nosso dia-a-dia com a dentista que nós temos, a auxiliar dela, tudo o que ela precisa ela fala para nós, o que a gente tem dificuldade fala com ela, e a gente sempre se entendeu muito bem. A dentista é ótima como parceira, vai com a gente, visita todos os acamados porque eles não têm possibilidade de vir até aqui, a gente combina, tem a parte de escovação que a gente faz junto, tem a parte do flúor, eu acho que está indo bem, ele faz escala e sempre deu certo.

Este dado é divergente aos relatados na literatura que, de maneira geral, demonstram dificuldades na inserção da ESB aos preceitos da ESF/PSF, principalmente quando relacionados à integração desta com os outros integrantes da ESF (Otenio *et al.*, 2008; Farias, 2009; Farias & Sampaio, 2010; Krug *et al.*, 2010).

Este fato pode ser explicado, segundo Marqui *et al.* (2010), pela dificuldade desses profissionais em avaliar ou expressar os acontecimentos do cotidiano do trabalho ou estariam passivos em relação ao trabalho em equipe, já que não houve a percepção de dificuldades em todo esse processo. Para Krug *et al.* (2010), este fato pode ocorrer devido ao receio dos pesquisados em expor críticas que podem envolver cargos hierarquicamente superiores.

Situação semelhante foi relatada em investigação conduzida por Farias (2009) que observou que, apesar dos CD relatarem a existência de integração no trabalho, pôde-se perceber a dificuldade do mesmo em se firmar como um membro efetivo da equipe, até mesmo pela coordenação local.

Diante disso, ressalta-se a importância de conhecer e analisar o processo de trabalho das ESF como uma oportunidade de pensar e refletir sobre a organização e o cuidado produzido por essas equipes (Marqui *et al.*, 2010).

Cabe aqui lembrar, que esta ideia central não foi compartilhada por nenhum CD, sugerindo que as dificuldades na interação e integração entre ESB e os outros integrantes da ESF ainda persistem, apesar do discurso idealizado dos pesquisados sobre o processo de trabalho em equipe.

DSC da ideia central E-Treinamento/curso/capacitação

Categoria Enfermeiro

Então, na verdade os agentes eles tem muita dificuldade de entender isso, eles têm dificuldade de aderir algumas coisas, então eles acham que tem algumas coisas que não é função deles, essa questão de ir junto lá na escola, de participar de algumas atividades que as vezes a dentista propõe, então é assim, não que eles não façam, eles fazem entendeu, só que sempre existe uma certa resistência inicial, tem um certo questionamento, "porque que eu tenho que fazer se é a função dela?" "porque que eu tenho que fazer se a odonto é quem resolve", ou "eu não tenho informação, eu não tive treinamento", então depois que eles começaram a questionar, tudo o que a gente vai fazer diferente, então primeiro a gente expõe, a gente discute os pontos, se tiver que existir um treinamento a gente faz para que não tenha aquela cobrança e "viu, você está me mandando fazer isso, mas eu não tenho preparo técnico para isso", então eles cobram muito isso. Eu acho que se colocassem todas elas em uma sala na prefeitura, e colocasse isso de uma forma de um mini curso, um processo de aprendizado, até de educação continuada, funcionava, porque todo mundo tem qualidades, todo mundo tem defeitos, mas a maioria gosta do que faz, e então faz bem.

Esta situação demonstra que a falta de capacitação gera insegurança ao realizar as ações, e pode motivar o questionamento quanto à legitimidade dessas atividades como atribuições de responsabilidade dos profissionais, exemplificada nesta investigação por algumas enfermeiras, que relataram que alguns ACS questionam a responsabilidade de atividades na área de saúde bucal.

Neste sentido, é necessário destacar que entre as atribuições básicas dos ACS previstas pela portaria n. 1.886/1997 está descrito: “realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil”. Cabe lembrar ainda, que as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal prevêm que a execução de ações coletivas deve ser realizada, preferencialmente, pelo TSB, pelo ASB e ACS, cabendo ao CD o planejamento, a organização, a supervisão e avaliação dessas atividades (Brasil, 2004).

Ao relatar experiência sobre um curso de capacitação de ACS, Holanda *et al.* (2009) notaram que grande parte dos ACS não detinha informações básicas necessárias à prevenção e controle das principais doenças bucais como cárie e doença periodontal e que esta situação dificultava a execução de suas funções.

Diante deste cenário, a capacitação dos ACS auxilia no reconhecimento da ESB como parte integrante da ESF, além de ampliar sua visão em relação ao seu papel na saúde bucal, entretanto, Holanda *et al.* (2009) salientam que a capacitação desses profissionais depende tanto do gestor local quanto da própria ESB, que pode se manter isolada em relação aos demais membros da equipe.

DSC da ideia G-Comunicação/ informação

Categoria Agente Comunitário de Saúde

Ah, eu acho que sim, mais informações, mais conversa, mais comunicação, porque há um pouquinho de isolamento por faltar comunicação, se acontece alguma coisa a gente nem fica sabendo. Acho que devia ter assim uma abertura um pouquinho mais da parte do profissional, porque às vezes é a pessoa que é assim né, porque tem pessoa que já é mais aberta, conversa mais né, então às vezes a gente não achou um caminho ainda para que dê uma sintonia, sabe. E daí isso teria que ser assim, o dentista, a auxiliar, eles dois verem se tem alguma coisa a mais para poder passar para gente.

A comunicação tem um papel primordial no trabalho em equipe, pois permite que pessoas de diferentes profissões e sem nenhum vínculo passem a compor uma equipe estruturada, com integração das ações das diferentes áreas técnicas, possibilitando atendimento integral à comunidade adscrita, todavia, este processo exige que os profissionais sejam flexíveis a este novo modelo de processo de trabalho (Cardoso, 2004).

A dificuldade em alguns momentos, em manter diálogo e estabelecer o planejamento foi relatada por estudo de *Krug et al.* (2010), sugerindo que o modelo de trabalho em equipe ainda mantém-se segmentado por núcleo profissional. Todavia, Cardoso (2004) afirma que a comunicação não deve ser encarada como uma busca por um discurso único, pois não se podem desconsiderar os saberes técnicos de cada profissão.

Cabe ressaltar que, segundo Fortuna *et al.* (2005), pode haver um discurso homogêneo, onde todos exprimem opiniões de forma semelhante, entretanto, agem em direção contrária àquelas discursadas.

A realização de reuniões de equipe foi apontada por vários autores (Cardoso, 2004; Fortuna *et al.*, 2005; Silva & Trad 2005; Castro & Dias, 2007) como uma estratégia para facilitar a comunicação entre os membros da equipe de saúde. Neste espaço, permite-se a interação de todos os membros da equipe, onde podem expressar suas opiniões e sugestões sobre o planejamento das ações, conferindo à equipe a responsabilidade das decisões. Todavia, Fortuna *et al.* (2005) alertam que pode não ocorrer mudança no modo de trabalhar, mantendo-se o modelo tradicional de atenção à saúde. Esta situação se deve, segundo Silva & Trad (2005), a dificuldade em expor opiniões, especialmente de ACS em relação aos profissionais de nível superior. Entretanto, os mesmos autores concluem que, apesar dessas limitações, a reunião de equipe mantém um papel importante para que os membros da equipe conheçam o trabalho dos demais profissionais e de permitir a discussão dos problemas que surgem no trabalho.

DSC ideia central B- Mais funcionários / dentistas

Categoria Cirurgião-Dentista

Ah eu acho que aqui está bem integrado assim, a única coisa que para ficar mais integrado teria, vamos dizer, mais tempo para dar conta do atendimento e de

atividades, então para atender essa demanda de tratamento e a parte educativa, as atividades coletivas é meio complicado o tempo em relação a isso, teria que ter um dentista em cada unidade mesmo.

Segundo Araújo & Rocha (2007), a quantidade insuficiente de profissionais prejudica a qualidade dos serviços prestados a comunidade, pois gera uma sobrecarga de trabalho para a equipe, influenciando negativamente tanto no cuidado integral aos usuários quanto a um trabalho coeso e eficaz. Portanto, os autores alertam sobre a necessidade de um número adequado de profissionais e um processo de capacitação e educação permanente dos mesmos.

Em outra investigação conduzida por Krug *et al.* (2010), os profissionais se queixaram que a rotatividade de membros da equipe prejudica o andamento do trabalho, visto que exige uma nova adaptação e sintonia da equipe a cada vez que há troca de profissionais.

Os discursos ressaltam que a efetiva implantação da ESF/PSF somente será alcançada quando as dificuldades quanto a recursos humanos, infra-estrutura e condições de trabalho forem sanadas, visto que esses fatores podem influenciar diretamente na qualidade dos serviços prestados à comunidade, além de prejudicar a integração entre os membros da equipe (Farias, 2009).

A questão aberta: “Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF? Por quê?” (tabela 7), englobou somente as categorias enfermeiro e CD. As ideias centrais mais compartilhadas são discutidas a seguir.

DSC da ideia central B-Não, o curso de graduação não me preparou para atuar em PSF

Categoria Cirurgião-Dentista

Sinceramente? Tive a base do trabalho, a teoria e a prática para o desenvolvimento das nossas atividades de cirurgiã dentista, mas falar que o curso prepara para a realidade pública, não, de forma nenhuma. Na verdade, na graduação eu acho que nem sabia o que era SUS direito, porque eu me lembro bem que eu não tinha nenhum tipo de estágio, as aulas que eu tinha eram aulas muito esquisitas, ninguém entendia o que

estava sendo dito, e eu não sabia nem diferenciar uma UBS de um PSF, não sabia nem o que era uma UBS. As pessoas que se formam lá, os cursos não dão enfoque nenhum ao PSF.

Também para algumas pessoas, dependendo da época que fizeram a graduação, não tinha PSF. Estava começando. Não tinha nem equipe odontológica no PSF ainda. O PSF tinha acabado de nascer, então não tinha na graduação, a gente nem sabia o que era. Não tinha esse estágio que eles fazem hoje em dia, não tinha nada disso, e isso dificultou no momento em que começaram a trabalhar. Quando você já tem experiência e você já sabe como funciona, acho que meio que facilita sim.

Nesta investigação, a maioria dos CD alegou que sua formação acadêmica não os preparou adequadamente para a atuação na ESF/PSF, corroborando com dados obtidos por Farias (2009) que, em um estudo realizado no município de Fortaleza, verificou que muitos CD optaram por pós-graduação voltada para Saúde da Família e Coletiva justamente com forma de sanar a formação inadequada adquirida durante a graduação.

O preparo e a formação de profissionais da área de saúde que atuam na ESF/PSF em um município do Estado de São Paulo foram investigados por Camelo & Angerami (2008), que constataram que há falhas na formação acadêmica e falta de capacitação desses profissionais, demonstrando serem incompatíveis com a atuação eficiente no novo modelo de assistência à saúde.

Na visão de Campos *et al.* (2010), existe a necessidade de uma adequação do perfil dos profissionais que atuam ou irão atuar em ESF/PSF e que a formação de profissional generalista ainda era falha, de forma que os profissionais não possuíam uma abordagem integral do cuidado à saúde. Os autores enfatizam que, mesmo depois de muitos anos após a implantação da ESF/PSF, os profissionais não receberam formação adequada em sua graduação em relação a atuação na atenção básica, levando-se assim à uma atuação incoerente a filosofia desta estratégia, utilizando-se ainda com uma abordagem biomédica.

Na tentativa de minimizar esta situação, segundo Loch-Neckel *et al.* (2009), os cursos de capacitação e residência em saúde da família com caráter multiprofissional tem grande validade no intuito de dar ênfase a interdisciplinaridade, o que não ocorre nos cursos de graduação.

Neste estudo observou-se que alguns dos pesquisados concluíram o curso de graduação antes da implantação da ESF/PSF, o que tornou mais difícil o trabalho já que precisaram aprender a dinâmica desse novo modelo de atenção à saúde a partir da experiência no próprio trabalho diário. Foi possível verificar também que, mesmo os profissionais que concluíram a graduação anos após a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e Odontologia, relataram que o enfoque para o trabalho na ESF/PSF foi insuficiente ou inadequado, especialmente na categoria CD, sugerindo a manutenção de uma formação profissional centrada no modelo biomédico hegemônico.

Neste sentido, Moretti-Pires & Campos (2010) alertam que, mesmo após a reestruturação curricular dos cursos de graduação, mantêm-se os problemas na formação dos profissionais para o trabalho em equipe, visto que os cursos de graduação não possuem disciplinas de trabalho em conjunto com outras categorias profissionais.

É necessário o aprofundamento na discussão para encontrar soluções para as deficiências e dificuldades para a atuação dos profissionais que já atuam no sistema, buscando minimizar as lacunas de uma formação acadêmica deficiente (Camelo & Angerami, 2008).

DSC da ideia central A: Sim, o curso de graduação me preparou para atuar em PSF

Categoria Enfermeiro

Eu acho que na minha formação, na graduação, eles tiveram um enfoque bem grande em relação ao PSF. Acho que muitas coisas que eu implanto aqui, das minhas idéias, eu tirei da minha formação. Tive uma base bastante interessante, e depois a minha própria experiência, porque o PSF de lá era totalmente diferente, eu consegui vivenciar, fiquei um ano e meio lá, então foram algumas coisas interessantes que eu fiz lá e que eu tento fazer aqui também.

No terceiro semestre foi apresentado o programa de saúde da família, mas foi muito bem apresentado porque a professora ela foi coordenadora do PSF, era uma pessoa

que tinha muito conhecimento, então acho que a maioria gostou, se apaixonou e acreditou na importância deste programa.

No último ano eu tive seis meses de estágio só na saúde da família, na saúde pública, mas eu tive a sorte de cair numa unidade de saúde da família então eu fiquei seis meses numa unidade. Depois da graduação eu escolhi a saúde pública, pela experiência na faculdade, isso realmente é verdade, a faculdade despertou meu interesse pela área.

Na investigação houve uma equivalência na frequência das respostas na categoria enfermeiro, todavia, é necessário mencionar que três delas concluíram a graduação antes da implantação da ESF/PSF. Pôde-se perceber pelos depoimentos que o curso de graduação as preparou de forma mais adequada quando comparado aos CDs. Esses dados são semelhantes aos relatados por Freire *et al.* (2003) que, ao investigarem a formação de recursos humanos na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, observaram que o ensino atende as demandas de um perfil adequado às diretrizes do SUS, formando um profissional generalista, comprometido em buscar a transformação da realidade em benefício da comunidade em que atua.

Dentro deste contexto, segundo Backes *et al.* (2007), existe um movimento de mudança na formação do enfermeiro, baseado na organização de currículos integrados adequados ao intuito de formar profissionais de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Esta situação se torna evidente nos relatos de Kaiser & Serbim (2009) que, ao pesquisarem as percepções de acadêmicos de enfermagem, afirmaram que o projeto pedagógico do curso se mostrou adequado para uma formação sólida e integradora, embasada no princípio em que atenção à saúde não se restringe ao ato técnico.

O Ministério da Saúde (MS) vem investindo em programas voltados à Saúde da Família, como uma alternativa de formar profissionais com características condizentes às reais necessidades da ESF/PSF (Ferreira *et al.*, 2009).

Uma experiência positiva no sentido de formar profissionais comprometidos com a saúde coletiva são os estágios extramuros como os relatados por Mialhe *et al.* (2011b), na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas. Esta experiência possibilita aos graduandos a oportunidade de vivenciar na

prática o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, pautado pelo posicionamento preventivo e educativo frente a realidade local na busca por formar um profissional generalista e humanista.

Os resultados positivos desta iniciativa foram destacados por alguns pesquisados:

“....colocar realmente os alunos em campo, conhecendo o que é Saúde da Família... porque eles vem pensando uma coisa e saem totalmente diferentes, com aquele olhar diferenciado, então eu acho que é isso, é você pôr o aluno em campo realmente para ver o que é saúde pública, então você cria um perfil dentro do profissional”.

(Enfermeira 08)

Questão exclusivamente para a categoria ACS: “Em suas visitas domiciliares, você costuma falar sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?” (tabela 8). As ideias centrais mais compartilhadas são discutidas a seguir.

DSC da ideia central A- sim, costume falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Sim, eu falo muito sobre a alimentação e higiene, porque a falta de higiene é que acarreta a maioria das doenças da boca. Falo de escovação, doces, assim, menos doce para criança porque a gente vê muita criança toda hora correndo atrás de mercadinho, de barzinho. A gente orienta muito as mães a diminuir os doces das crianças, bala, chupeta também que é uma coisa assim que às vezes atrapalha também a dentição das crianças. A gente também orienta, a estar sempre trocando as escovas, escovando os dentes pelo menos três vezes por dia, depois das três refeições, mas não sei se eles ouvem, mas a gente fala, a gente sempre estimula a escovação de dente.

A gente orienta as crianças de sete anos para a escovação porque a cárie aumenta neste idade, porque eles dormem sem escovar dente, então a gente costuma ficar no pé. A pasta de dente eles vem buscar no posto que a gente dá, o fio dental também. Para

as famílias que são de baixa renda, eles levam daqui o kit, então de época em época eu pego a sacolinha e levo, com o fio dental, com creme dental, as escovas de dente e faço a escovação junto com eles. Então a abordagem é sempre essa, que às vezes a enfermidade que você tem no estômago é decorrente a má mastigação, a falta de dentição na boca, então tudo isso aí a gente aborda. Procuro cumprir com a parte que eu aprendo.

A gente fala dos recém-nascidos quando surge o primeiro dentinho, coisas que a gente não achava tão importante, os nossos pais naquele tempo não era tão importante, então a gente acabou criando hábito que não era importante.

Em relação aos ACS que relataram abordar o tema saúde bucal em suas visitas domiciliares, os assuntos mais abordados foram os voltados às gestantes, mães e crianças, resultados semelhantes aos encontrados por Rodrigues *et al.* (2010) e Mialhe *et al.* (2011a).

Segundo Frazão & Marques (2006), houve mudanças nos conhecimentos sobre saúde bucal por parte de mães em áreas em que os ACS passaram por capacitação a respeito de saúde bucal. Esta atuação do ACS neste grupo prioritário está descrito como atribuição básica do ACS na Portaria 1886/97 o qual define a “realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil” (Brasil, 1997).

Neste sentido, Koyashiki *et al.* (2008) afirmam que a atuação preventiva do ACS visa levar à mudanças de comportamento, na busca por estilos de vida mais saudáveis, atuando como um transformador social. Os autores observaram, nesses profissionais, a noção ampliada do processo saúde-doença na perspectiva de que a atuação na área de saúde bucal está diretamente ligada não somente às doenças bucais como também na qualidade de vida das pessoas.

DSC da ideia central C- Não costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Os motivos mais citados pelos profissionais que não falam sobre a saúde bucal foram:

As prioridades são outras

Sinceramente não. É muita informação que a gente tem que passar já do dia-a-dia como falar da dengue, falar da tuberculose, da hanseníase. Então, eu falo muito pouco

porque a gente acaba falando mais sobre a dengue porque nós estamos num momento crítico da dengue.

A gente faz mais busca ativa dos hipertensos, as gestantes, as crianças. Estamos pesquisando as coisas rotineiras que são as crianças, se estão vacinadas ou não. Na parte de saúde bucal nós não somos muito cobrados e nós fazemos o que é mais cobrado. Também temos as gestantes, os hipertensos e as crianças menores de um ano, que são as nossas preocupações maiores. São os grupos de risco.

Talvez, também, até por falta de hábito, porque a gente geralmente faz perguntas sobre doença, a questão da dengue, gestante, falo sobre dengue, sobre outras coisas e acabo esquecendo de saúde bucal.

Dentre os sete ACS que relataram não falarem a respeito de saúde bucal em suas visitas domiciliares, a justificativa mais recorrente foi de que há outras prioridades, como a busca ativa a gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, outros relataram que as orientações ocorrem por parte de estagiários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Esses dados corroboram com os obtidos por Mialhe *et al.* (2011a) que relataram que os ACS não costumam abordar o tema saúde bucal, pois tem outros assuntos prioritários para trabalhar, relataram falta de tempo ou mesmo a cobrança da população por tratamentos curativos.

Outro aspecto abordado por alguns pesquisados é que não há exigências da coordenação de saúde a respeito do tema saúde bucal sendo assim, passam a dar prioridades a outros assuntos.

Alguns pesquisados afirmaram ainda orientar a respeito do funcionamento do atendimento odontológico na unidade de saúde, o que não se pode caracterizar como uma ação de prevenção ou promoção de saúde. Situação semelhante descrita por Barba (2009) que, ao investigar a atuação de ACS em relação à saúde bucal, observou que, apesar do conhecimento sobre o tema ter sido considerado bom, a atuação destes profissionais se restringia a orientação à comunidade e muitas vezes se limitava a somente informar como obter acesso ao tratamento odontológico.

Falta treinamento

Não. A gente não tem noção nenhuma sobre a saúde bucal, vou ser bem sincera, eu sei que precisa fazer escovação, que precisa usar fio dental, mas a gente não sabe sobre o canal, sinceramente se você me perguntar sobre a saúde bucal eu não sei responder. Às vezes o paciente fala que a gengiva dele sangra, que faz bochecho com água oxigenada, mas eu não sei orientar se está correto, o que o paciente deve fazer, tenho que pedir para ir no dentista no posto. Então, um treinamento junto com a dentista, pra que a gente fale mais ou menos a mesma língua, o que colocar, o que falar, no sentido tanto dela para a gente, e da gente para o paciente, aí acho que seria o ideal.

Os resultados são semelhantes aos obtidos por Mialhe *et al.* (2011a) e Santos *et al.* (2011) que afirmaram que os ACS não receberam treinamento e capacitações para o exercício de suas funções voltados às atividades na saúde bucal.

É consenso na literatura a necessidade de superar a deficiência na formação dos profissionais que atuam na ESF/PSF (Almeida & Mishima, 2001; Araújo & Rocha, 2007; Raddatz, 2007). Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente voltado para uma atuação com foco na família, visando o cuidado integral do ser humano.

É preciso garantir a educação permanente dos membros da equipe para obter a conscientização desses profissionais em manter um diálogo aberto, na busca por uma prática integradora no processo de trabalho em equipe (Francischini *et al.*, 2008). Neste mesmo sentido, Colomé (2005) destaca que a falta de capacitação dos ACS torna as relações de trabalho mais difíceis dentro da equipe e sugere que um aumento da escolaridade exigida desse profissional poderia facilitar o nível de entendimento sobre suas funções, além de transmitirem com mais clareza informações à comunidade.

Em outro estudo, Koyashiki *et al.* (2008) avaliaram o trabalho em saúde bucal de ACS no município de Londrina e observaram que estes profissionais reconhecem a importância da saúde bucal como parte importante da qualidade de vida das pessoas, mas relatam a necessidade de oportunidades na qualificação para superação de limitações em seu trabalho, visando a integralidade do cuidado.

Um exemplo de como a capacitação influencia na atuação dos profissionais na ESF/PSF foi o que demonstrou o estudo de Rodrigues *et al.* (2010). Os autores relataram um trabalho de educação em saúde voltada à prevenção do câncer bucal, sendo os ACS atores importantes na difusão de orientações sobre a importância do autoexame, para detecção precoce de lesões orais. Realidade diferente encontrada em outros municípios como o relatado por Santos *et al.* (2011), onde a maioria dos ACS não recebeu informação sobre a saúde bucal.

Para Moura *et al.* (2010), o conhecimento sobre a saúde bucal por parte dos ACS permitirá uma maior contribuição destes com a prevenção e promoção de saúde bucal, tanto nas visitas domiciliares como nas ações coletivas, todavia, os autores ressaltam a necessidade das ESB reconhecerem a importância desses atores para uma atuação eficaz, para a prevenção das principais doenças bucais, nas orientações sobre a higiene bucal e na consolidação da importância do auto cuidado.

Questão exclusivamente para a categoria enfermeiro: “Nas suas atividades de enfermagem com os pacientes você fala sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o porquê?” (tabela 9). As ideias centrais mais compartilhadas são discutidas a seguir.

DSC da ideia central A- sim, costumo falar em saúde bucal nas atividades de enfermagem

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Falo. Desde os recém-nascidos, quando eles vêm, eu oriento a mãe a fazer a higiene bucal da criança, mesmo que a criança não tenha dente ainda. Eu oriento quanto à higiene oral e amamentação. Falo sobre a limpeza da boca, dos dentinhos que estão nascendo, oriento a mãe a como limpar a boquinha. Também aprendi com a dentista a falar sobre cárie de mamadeira.

Eu falo da higienização com as mães de bebê na introdução de alimentos a partir de seis meses quando está nascendo os dentes. Com crianças maiores, eu pego as crianças mesmo, a gente olha a boca, a gente fala da higiene, a gente pega a escova e

ensina Então fazemos a orientação de escovação e o uso da pasta sem flúor. Eu gosto de fazer isso, então eu faço isso com bebês e crianças.

Então tem quase que meio rotineira as perguntas, "faz higiene bucal? Como faz?" E olho os dentinhos, quanto tem na arcada inferior, e na arcada superior, usa chupeta? Todas essas coisas, eu acho importantíssimo. Então é mais nessas partes que eu costumo orientar.

Fala sobre tratamentos preventivos

O foco principal são as crianças, a criança chega e começa a nascer dentinho, na amamentação, e as gestantes que a gente orienta as consultas. E também, a questão dos hipertensos e diabéticos nas consultas, a gente sempre assim procura saber se tem alguma ferida na boca, a questão da ferida, e se for necessário encaminhar.

A exemplo da categoria de ACS, os assuntos mais abordados pelas enfermeiras foram relacionados à prevenção de cáries em bebês e crianças, orientações no pré-natal às gestantes e em menor percentual a diabéticos e hipertensos e na prevenção do câncer bucal.

Neste sentido, Lima *et al.* (2006) ressaltam que, baseado na atenção integral à saúde, os aspectos relacionados à saúde bucal da criança devem ser de responsabilidade de todos os membros da equipe, reconhecendo a importância do conhecimento de questões relacionadas à Odontologia como de competência comum a todos os profissionais, pois representa uma oportunidade de estimular escolhas saudáveis, proporcionando aumento da qualidade de vida das crianças da comunidade.

Em relação às orientações de saúde bucal às gestantes, foram basicamente direcionadas em encaminhá-las ao atendimento com o CD da unidade, tanto para ações de prevenção quanto para tratamentos curativos, entretanto, não houve relatos especificamente direcionados aos cuidados com a saúde bucal durante a gestação. Esta situação sugere que as enfermeiras não detêm informações específicas a respeito do tema, valendo lembrar que a maioria delas alegou nunca ter participado de capacitação a respeito da saúde bucal na ESF/PSF. Neste mesmo sentido, a investigação conduzida por Venâncio *et al.* (2011) revelou também falta de conhecimento de enfermeiras em relação à atenção a saúde bucal durante a gestação.

A atuação do enfermeiro dentro de uma USF torna-se complexa, segundo Freitas (2010), na medida em que, além de realizar a assistência às famílias, é também responsável pela coordenação e supervisão do trabalho dentro da equipe, fazendo com que muitas vezes esteja sobrecarregada com tarefas burocráticas e enfrentando uma demanda normalmente excessiva, o que pode comprometer a viabilidade da aplicação de ações preventivas programáticas ou mesmo o exercício de suas funções técnicas. Para Venâncio *et al.* (2011), esta situação também acarreta prejuízo na interação com os demais membros da equipe.

Neste sentido, Pavoni & Medeiros (2009) ressaltam a importância da delegação de atividades comuns a todos os profissionais, especialmente as atividades administrativas e de coordenação. Nesta investigação este fato também foi observado, visto que algumas enfermeiras queixaram-se do grande número de atribuições designadas a elas, como as de coordenação das atividades da equipe, como responsável pelas atividades burocráticas da unidade e pela intermediação entre a equipe de saúde e a coordenação local.

Nesta investigação, foi possível observar que a formação acadêmica das enfermeiras foi mais adequada para a atuação na ESF/PSF em relação ao CD, todavia, é necessário pontuar que, a demanda excessiva de trabalho pode limitar o trabalho de integração deste profissional junto às equipes de saúde dentro do que se propõe o trabalho na ESF/PSF.

7 CONCLUSÃO

A presente investigação identificou que os profissionais de saúde possuem uma concepção teórica adequada sobre o trabalho em equipe, caracterizando-o como um processo interativo e dinâmico, que envolve a ajuda mútua, a comunicação, a flexibilidade e o entrosamento respeitoso e colaborativo entre os profissionais. Todavia, apesar da maioria dos pesquisados afirmar a existência de integração entre o trabalho da ESB e os demais membros da ESF, pôde-se observar nos depoimentos limitações neste processo, o que poderia dificultar ou mesmo impedir que o trabalho em equipe fosse, de fato, efetivo.

Entre as deficiências e limitações identificadas foram citadas a inadequada capacitação dos profissionais da equipe, em especial dos ACS, o que prejudica o seu trabalho na promoção de saúde bucal, a falta de comunicação entre os profissionais, o isolamento da ESB, a demanda excessiva, que acaba prejudicando a interação entre os membros da equipe devido ao tempo dispensado aos atendimentos curativos pela ESB e a dificuldade na integração das ações conjuntas, principalmente na atuação em atividades coletivas.

É preciso pontuar que a formação dos profissionais de saúde ainda representa um dos grandes desafios para a consolidação do SUS, visto que grande parte dos entrevistados, especialmente na categoria CD, considerou a sua formação acadêmica inadequada para a atuação na Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, fica evidente a importância de projetos pedagógicos que privilegiem as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, com o propósito de formar profissionais com perfil adequado para atuar na ESF/PSF, assim como, é preciso minimizar as lacunas na atuação dos profissionais que já atuam no sistema de saúde pública através da educação continuada e permanente.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque RRS. Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* 2001; 9: 150-153.
- Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 2009 [acesso em 2010 Nov 25] Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf
- Andrade JWR. Adequação do trabalho do cirurgião-dentista frente às diretrizes da estratégia de saúde da família [monografia]. Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2007; 12(2) [acesso em 2010 Nov 25] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=1413-81232007000200022.
- Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(1): 219-227.
- Backes A, Silva RPG, Rodrigues RM. Reformas curriculares no ensino de graduação em enfermagem: processos, tendências e desafios. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(2): 223-230.
- Barba FC. Percepção e atuação de agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal-Naviraí [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
- Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Ciênc. Odontol. Bras.* 2007; 10(3): 53-60 [acesso em 2010 Nov 14] Disponível em: http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v10n3_07.pdf.
- Baldani MH, Fadel AB, Possami T, Queiroz MGS. A inclusão da odotologia no programa saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4): 1026-1036.
- Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Diário Oficial da União. 1990(a).

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União. 1990(b).

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília. Conselho Nacional de Saúde. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Portaria nº 1886/GM de 1997. Diário Oficial da União 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Cria o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento das ações e da inserção de profissionais desta área no programa de saúde da família (PSF). Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União 2000; 2000 dez 29. Seção 1. p. 85.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do programa de saúde da família (PSF). Portaria n. 267, de 6 de março de 2001(a).

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do programa da saúde da família. Brasília. Departamento de atenção básica. 2001(b).

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Diário Oficial da República Federativa 2001(c); 2001 nov 9. Seção 1, p. 37.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES3/2002. Diário Oficial, Brasília, 4 de mar. 2002, seção 1, p. 25.

Brasil. Ministério da Saúde. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do programa de saúde da família (PSF). Portaria n. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Diário Oficial da União 2003; 2003 jun 4. Seção 1. P. 44.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004. [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Saúde Bucal. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. 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). Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009 [acesso em 2012 Nov 3]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ciênc. Cuid. Saúde. 2008; 7(1): 45-52.

Campos DA, Reis LN, Gherardi-Donato ECS. Da formação à prática no PSF: o nó do trabalho multiprofissional. Sau. & Transf. Soc. 2010; 1(1): 70-74.

Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. Apud Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Revista Physis. 2011; 21(2) [acesso em 2013 Abr 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_arttext

Cardoso CL. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. Revista APS. 2004; 7(1): 47-50.

Carvalho DQ, Ely HC, Paviani LS, Corrêa PEB. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. Boletim da Saúde. 2004; 18(1): 175-181 [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/imag2/v18n1_16dinamicaequipe.pdf.

Castro FM, Dias RB. Trabalho em equipe no programa de saúde da família. 2007 [acesso em 2012 Out 25]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesfequiperelatoria.pdf>

Colomé ICS. Trabalho em equipe no programa saúde da família na concepção de enfermeiras [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Costa RM, Medeiros Júnior A, Costa ICC, Pinheiro IVA. Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim- RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. Rev. Odontol Bras Central. 2010; 19(51): 327-332.

Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros [Internet]. Ciênc. Saúde Coletiva 2010;

15(supp.1): 1865-73[acesso em 2011 Nov 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700100>

Costa RM, Medeiros Júnior A, Costa ICC, Pinheiro IVA. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: expectativas, desafios e precariedades. *Rev Bras Méd Fam Comunidade*. 2012; 7(24).

Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007; 31(3): 278-86.

Cotta RMM, Schtt M, Azeredo CM, Franceschini ACC, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006; 15(3) [acesso em 2013 Mai 23]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000300002&lng=es&nrm=iss&tlng=pt.

Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: Uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev. APS*. 2009; 12(2): 168-175.

Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família: uma análise documental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2010; 39(3): 79-84.

Ditterich RF. O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do programa saúde da família (PSF) de Curitiba- PR [monografia]. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica; 2005.

Fajardo AP. Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Farias MR. Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2009.

Farias MR, Sampaio JJC. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. *Rev. Pública Miolo*. 2010; 34(4): 745-757.

Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (Supl. 1): 1421-1428.

Fonseca DAV. A influência sociodemográfica e da organização do serviço, na procura pelo pronto atendimento odontológico no município de Piracicaba [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2011.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJ. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(2) [acesso em 2012 Out 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020.

Francischini AC, Moura SDR, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. Rev. Investigação. 2008; 8(1): 35-32.

Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. Cien Saúde Colet 2006; 11(1): 131-144.

Freire RP, Guimarães RG, Henriques M, Mauro YC. O currículo integrado da faculdade de enfermagem UERJ: uma reflexão sobre a formação dos recursos humanos para o SUS. Rev bras enferm 2003; 56(4) [acesso em 2013 Mai 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400014. Freitas MCMC. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI 2010; 3(3); 39-43.

Germanos RM. Capacitação das equipes do PSF: Desvendando uma realidade. 2005 [acesso em 201a Out 22]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Capacitacao_equipes_PSF.pdf.

Gil CR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública, 2005; mar-abr; 21(2):490-8.

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. São Paulo. 2009; 18(4): 744-755.

Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2010, 14(33):301-314 [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo171.pdf>.

Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14 (supl 1): 1507-1512 [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=525010&indexSearch=ID

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Banco de dados. Cidades [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Junqueira SR. Competências profissionais na estratégia saúde da família e o trabalho em equipe. Modulo Político Gestor. 2006 [acesso em 2010 Nov 25]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf

Kaiser DE, Serbim AK. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2009; 30(4): 633-40.

Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família? Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (1): 1533-1541.

Koyashiki GAK, Alves-Souza RAA, Garanhani ML. O trabalho em saúde bucal do agente comunitário de saúde em unidades d saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1343-1354.

Krug SBF, Lenz FL, Weigelt LD, Assunção AR. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de Santa Cruz do Sul/RS. Textos & Contextos. 2010, 9(1):77-88.

Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. Psicologia Ciência e Profissão. 2008; 28(2): 374-389.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito Coletivo. Caxias do Sul: Editora Educs; 2003.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2006; 10(20):517-524 [acesso em 2010 Nov 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social. Um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro editora; 2012.

Lenzi TL, Rocha RO, Dotto PP. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em um município do sul do Brasil. Revista Stomatos. 2010; 16(30) [acesso em 2010 Out 25]. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p121-124.pdf

Lima CMG, Watanabe MGC, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde. Revista Pediatria São Paulo. 2006; 28(3): 191-8.

Loch-Neckel GL, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a atuação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 1463-1472.

Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes da saúde bucal no programa saúde da família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(1) [acesso em 2010 Nov 12]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800009.

Lourenço EC. Programa (estratégia) saúde da família no Brasil- 15 anos. In: Pereira ACP. *Tratado de Saúde Coletiva*. Nova Odessa: Napoleão Editora; 2009. p.36-55.

Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Rev. SBPH*. 2007; 10(2) [acesso em 2011 Mar 4]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a05.pdf>

Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(4): 956-61.

Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na estratégia de saúde da família em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(2) [acesso em 2012 Out 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800029

Medeiros CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(2): 379-388 [acesso em 2010 Nov 3]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a07.pdf>.

Merhy EE, Feuerwerker LSM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *Leituras de novas tecnologias e saúde*; 2009 [acesso em 2010 Nov 25]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>

Mialhe FL, Lefevre F, Lefevre AMC. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação qualiquantitativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011(a); 16(11) [acesso em 2012 Jan 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200015.

Mialhe FL, Meneghim MC, Sousa MLR, Pereira AC (organizadores). Integração ensino-serviço para a reorientação do formação profissional em saúde: a experiência da FOP/UNICAMP. Rio de Janeiro: Editora Usina de Letras; 2011(b)

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007.

Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em saúde da família: do documental ao empírico na interior da Amazônia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010; 34(3): 379-389.

Moura MS, Carvalho CL, Amorin JTC, Marques MFSS, Moura LFAD, Mendes RF. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 1487-1495.

Moysés SJ, Moysés ST, Giacomini CH, Paciornik EF, Oliveira KL. A equipe multiprofissional de saúde nos programas de saúde da família. *Revista Médica do Paraná*. 1999; 57(1-2): 1-7.

Nóbrega JSM. Perfil dos profissionais nas equipes do programa saúde da família em Macaíba/RN. 2008 [acesso 2013 Mar 13]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20two.pdf.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4): 727-33.

Oliveira ERA, Aguiar MCA, Magres KP, Cadê NV, Lima KC, Gomes MJ. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: Uma visão interdisciplinar. *UFES Rev. Odontol*. 2007; 9(3): 23-30.

Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. Soc.* 2008; 20(2) [acesso 2010 Nov 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-71822008000200011&lang=pt

Otenio CCM. Representações do trabalho multiprofissional em um serviço público de saúde municipal. Londrina [dissertação]: Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2007.

Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe na estratégia de saúde da família. *Rev. Bras Enferm*. 2009; 62(2): 265-71.

Pedrosa JI, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(3): 303-11.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: UNICAMP; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103-9.

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Revista Physis*. 2011; 21(2) [acesso em 2013 Abr 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200015&script=sci_arttext

Pereira AC. *Tratado de Saúde Coletiva*. Nova Odessa: Napoleão Editora; 2009.

Pereira AC, Meneghim MC, Biscaro SL, Moreira BH. Condições bucais de escolares de 7 a 12 anos de idade, após 20 anos de fluoretação das águas de abastecimento público de Piracicaba. *Rev. Paul Odontol*. 1995; 17: 30-36.

Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência & Cognição*. 2006; 8: 68-87.

Pinto CC. Trabalho em equipe e competência profissional na estratégia saúde da família: a percepção do cirurgião-dentista [dissertação]. Ribeirão preto: Universidade de São Paulo; 2008.

Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2000; 53(2): 251-263.

Raddatz M, Santos JLG, Garlet ER. Trabalho em equipe: Dificuldades e desafios na atenção à saúde da família. 2007 [acesso em 2010 Abr 11]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.126.pdf>

Reibnitz Júnior C. A saúde bucal no paradigma da promoção da saúde: o campo conceitual de alunos dos cursos de Odontologia de Santa Catarina [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde Coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000; 8(6): 96-101.

Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3) [acesso em 2010 Out 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(1).

Sanches HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde coletiva*. 2008; 13(2) [acesso em 2010 Nov 5]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200800020008&lang=pt

Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 1023-1028.

Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2003; 32(4):65-74.

Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Templus-Actas de Saúde Coletiva*. 2009; 3(2): 30-42.

Schimith MD, Lima MADS. O Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família: Estudo de caso. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(2):252-6.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9(16): 25-38.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia* 2003; 8(3): 515-523 [acesso em 2013 Abr 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>.

Tagliaferro EPS, Tegan C, Kassawara ABC, Fonseca DAV, Pereira AC, Meneghim MC. Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: Estudo de caso. *Arquivos em odontologia*. 2005; 41(4): p273-273.

Toledo TB, Queluz DP. Perfil dos cirurgiões-dentistas do programa de saúde da família na região de Piracicaba. *Revista Odonto*. 2011; 19(37): 143-155.

Venâncio EQ, Paula EMQV, Imada SR, Reis CB. A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. *Cienc Cuid Saúde*. 2011; 10(4):812-819.

Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.

Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Kopf A, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: Um estudo de caso. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(3):448-455 [acesso 2013 Mai 23]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>.

Anexo

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa **"Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho em equipe"**, protocolo nº 157/2011, dos pesquisadores Lilian Mieko Mine, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro e Fábio Luiz Mialhe, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 15/02/2012.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Perception of professional Family Health Strategy on the process of teamwork"**, register number 157/2011, of Lilian Mieko Mine, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro and Fábio Luiz Mialhe, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 02/15/2012.



Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP



Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.

Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.



Anexo 2

Convidamos você a participar da pesquisa: **“Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho em equipe”**.

As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores: Prof^a. Dra. Elaine Pereira da Silva Tagilaferro, Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe e pela aluna Lílían Mieko Mine para convidar e firmar consentimento livre e esclarecido pelo qual você autoriza a sua participação no estudo, assim como conhecerá a natureza dos procedimentos a serem realizados e possíveis riscos, com liberdade de aceitar ou não a participar da pesquisa, sem qualquer tipo de coação, podendo desistir quando quiser.

JUSTIFICATIVA

Poucos são os estudos que avaliaram a percepção dos profissionais da saúde sobre a integração do trabalho entre Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família. Estudos sobre o assunto poderão colaborar no entendimento do complexo processo de trabalho em equipe.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é avaliar a percepção dos enfermeiros, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários de saúde que atuam em Unidades de Saúde da Família no município de Piracicaba, com ESB instaladas, a respeito do trabalho em equipe, especialmente o trabalho em equipe entre ESB e ESF.

METODOLOGIA

- Somente depois de concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário.
- Para participar da pesquisa você passará por entrevista, que será gravada (somente o áudio), e durará cerca de 15 minutos. Isto ocorrerá em uma sala à parte dentro da própria unidade. A gravação tem o objetivo somente facilitar a análise das respostas e não serão utilizadas de forma alguma para identificar o voluntário da pesquisa.
- Durante a entrevista você responderá a nove questões relativas a sua impressão sobre o trabalho em equipe, especialmente em relação a integração entre ESB e ESF. As respostas ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores e você terá a garantia de sigilo em relação às respostas emitidas.

POSSIBILIDADE DE INCLUSÃO EM GRUPO CONTROLE

Não haverá grupo controle.

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO OU TRATAMENTO DA CONDIÇÃO

Como o objetivo do trabalho é avaliar a percepção dos profissionais de saúde que trabalham em USF do município de Piracicaba a respeito do trabalho em equipe, não há métodos alternativos de obtenção da informação desejada.

DESCRIÇÃO CRÍTICA DOS DESCONFORTOS E RISCOS PREVISÍVEIS

Não há previsão de desconforto ou riscos previsíveis.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS E VANTAGENS DIRETAS AO VOLUNTÁRIO

Não há previsão de benefícios e vantagens diretas ao voluntário da pesquisa, entretanto, você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa conhecer as possíveis dificuldades em relação ao trabalho em equipe nas USF do município de Piracicaba.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA AO SUJEITO DA PESQUISA

A pesquisadora responsável o acompanhará e assistirá quando você necessitar de qualquer tipo de esclarecimento sobre a coleta de dados ou dúvidas a respeito da pesquisa.

FORMA DE CONTATO COM A PESQUISADORA E COM O CEP

Você terá contato direto com a pós-graduanda Lilian Mieke Mine pelo telefone 19-7811-9514 ou pelo e-mail lilian_mine@yahoo.com.br. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP: Av Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax 19-21065349, e-mail cep@fop.unicamp.br e *webpage* www.fop.unicamp.br/cep.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você tem a garantia de respostas a quaisquer dúvidas que tenha a respeito dos riscos, benefícios ou qualquer outro assunto referentes à pesquisa. Os pesquisadores assumem o compromisso de lhe fornecer informações sobre o estudo, mesmo que com isso afete sua vontade de continuar a participar da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA À PARTICIPAÇÃO OU SAÍDA DO ESTUDO

Você tem liberdade de a qualquer momento retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo. Caso opte em deixar de participar do estudo por qualquer que seja o motivo, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo.

GARANTIA DE SIGILO

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar sob absoluto sigilo todas as suas informações a respeito da pesquisa e garantimos tratar as informações fornecidas com impessoalidade e que jamais será revelada a sua identidade.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO

Não há previsão de ressarcimento de despesas pois a pesquisa será realizada em horário de trabalho e dentro da unidade em que o pesquisado atua.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO E/OU REPARO DE DANOS

Como não há previsão de riscos aos voluntários da pesquisa, não há previsão de indenização e/ou reparo do dano.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____ RG n _____

profissional _____ da USF _____,

declaro ter lido todas as informações sobre a pesquisa e estou suficientemente esclarecido de todos os procedimentos para participar da pesquisa, não restando nenhuma dúvida acerca do lido e explicado, estou plenamente de acordo e aceito participar da pesquisa **“Percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho em equipe”**. Declaro que recebi uma cópia deste documento.

Piracicaba, _____ de _____ de 2012.

Nome: _____ Tel: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO 3- Roteiro semi-estruturado categoria Cirurgião-Dentista

Idade:

Sexo: ()F ()M

Tempo de Formado:

Grau de formação: () Graduado

() Especialista em: _____

() Mestre em: _____

() Doutor em: _____

Quanto tempo atua em PSF: _____

1) Você participou de curso introdutório sobre o trabalho em PSF?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Carga horária: _____

2) Você já participou de curso a respeito da Saúde Bucal no PSF?

() Sim

() Não

Descreva: _____

3) Quais componentes da Equipe da Saúde da Família participam das atividades coletivas (escovação supervisionada, atividade nas escolas, atividades para grupos de risco e sala de espera, etc) executadas pela Saúde Bucal?

4) Você participa das reuniões de equipe?

() Sim

() Não

Com que frequência?

Questões abertas

- 1) Qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram optar em trabalhar em PSF?
- 2) Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?
- 3) Pensando na sua definição sobre o que é trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações da ESB em relação à ESF? Por quê?
- 4) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?
- 5) Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF? Por quê?

ANEXO 4- Roteiro semi-estruturado categoria Enfermeiro

Idade:

Sexo: ()F ()M

Tempo de formado(a):

Grau de formação: () Graduado

() Especialista em: _____

() Mestre em: _____

() Doutor em: _____

Quanto tempo atua em PSF: _____

1) Você participou de curso introdutório sobre o trabalho em PSF?

() Sim

() Não

Descreva qual? _____

Carga horária: _____

Caso sua resposta seja sim, o curso introdutório abordou o tema saúde bucal?

2) Você já participou de curso a respeito da Saúde Bucal no PSF?

() Sim

() Não

Descreva qual: _____

Questões abertas

1) Qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram optar em trabalhar em PSF?

2) Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?

3) Pensando na sua definição sobre o que é trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações da ESB em relação à ESF? Por quê?

4) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?

5) Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF?
Por quê?

6) Nas suas atividades de enfermagem com os pacientes você fala sobre a saúde bucal?
Caso sua resposta seja sim, explique o que você costuma abordar sobre a Saúde Bucal.
Caso sua resposta seja não fale o porquê.

ANEXO 5- Roteiro semi-estruturado categoria Agente Comunitário de Saúde

Idade:

Sexo: ()F ()M

Quanto tempo trabalha em PSF:_____

1) Você participou de curso introdutório sobre o trabalho em PSF?

() Sim

() Não

Descreva qual?_____

Carga horária:_____

Caso sua resposta seja sim, o curso introdutório abordou o tema saúde bucal?

2) Você já participou de curso a respeito da Saúde Bucal em PSF?

() Sim

() Não

Descreva qual:_____

Questões abertas

1) Qual(is) o(s) motivo(s) que o fizeram optar em trabalhar em PSF?

2) Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?

3) Pensando na sua definição sobre o que é trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações da ESB em relação à ESF? Por quê?

4) Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?

5) Em suas visitas domiciliares, você costuma falar sobre a Saúde Bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explique o porquê?

Anexo 6- Relação de Discursos do Sujeito Coletivo

Questão: Qual (is) o(s) motivo(s) que o fizeram optar por trabalhar em PSF?

Categorias

- A- Gosta do contato e de ajudar as pessoas**
- B- Oportunidade de trabalho**
- C- Estabilidade, segurança no emprego e/ ou outros benefícios**
- D- Gosta de trabalhar com saúde pública e PSF**
- E- Não foi uma opção**

DSC da ideia central A- Gosta do contato e de ajudar as pessoas

Agente Comunitário de Saúde

É uma maneira de você estar ajudando a população, você estando, trabalhando aqui, é isso. Não sei, uma maneira de estar mais próximo das pessoas e ter contato tentando ajudar, levando um pouquinho do que, da saúde para eles, prevenção na verdade. Eu realmente gosto, estar em campo conversando com as pessoas, principalmente os sem orientação. É o que eu mais faço, é a orientação porque o povo, eles são muito desligados da saúde, como prevenir doenças, prevenir cárie.

Cirurgião-Dentista

O gosto pelas atividades coletivas e maior vínculo com a comunidade, possibilidade de conhecer melhor as pessoas, o perfil que a gente vai tratar, e na unidade que eu trabalho eu gosto muito em particular porque, a maioria das pessoas aqui são adultos, jovens e crianças, e eu gosto muito de trabalhar com os adultos porque sempre foram meio excluídos na parte de saúde pública, da parte de atendimento odontológico e isso me faz me sentir realizada porque eu consigo ter na medida do possível no trabalho do SUS, resolver os problemas deles. Então é isso que eu gosto.

Enfermeiras

Gostar de lidar com a população, trabalhar a integralidade do ser humano.

DSC da ideia central B- Oportunidade de trabalho

Agente Comunitário de Saúde

Então, em primeiro instante eu estava precisando trabalhar, eu estava desempregada e eu queria trabalhar, e aí surgiu, que ia ter o concurso, a princípio foi para querer trabalhar, no começo eu tive um pouco de dificuldade porque é totalmente diferente, mas aí a gente vai aprendendo, começa a gostar e eu estou gostando sim. Na época eu estava desempregada, então foi uma oportunidade né, de estar prestando concurso.

Cirurgião-Dentista

Não há entrevistados nessa categoria.

Enfermeiras

Eu sempre gostei de saúde pública e eu precisava voltar a trabalhar e soube do concurso eu acabei prestando.

DSC da ideia central C- Estabilidade, segurança no emprego e/ou outros benefícios Agente Comunitário de Saúde

No momento em que eu escolhi o PSF foi porque eu almejava emprego estabilizado, aí eu estudei e prestei o concurso por causa da estabilidade. E pelo salário mesmo e de não trabalhar sábado e domingo. E tem a facilidade de morar perto, a gente trabalha no bairro que mora, ainda é próximo da minha casa então para mim foi vantajoso.

Categoria Cirurgião-Dentista

Para falar a verdade eu prestei o concurso público para trabalhar em odontologia no serviço público, eu queria trabalhar, me dedicar exclusivamente ao serviço público, mas eu não tinha nenhum desejo em trabalhar especificamente em PSF. Trabalhar em PSF foi uma consequência do salário, digamos assim, eu entrei aqui nem sabia o que é que era, nem o que fazia aqui. Buscava a remuneração e a estabilidade. É o salário, estabilidade, horário definido de trabalho principalmente que eu acho que isso é uma vantagem.

Enfermeiros

Eu me interessei para trabalhar na prefeitura, primeiramente relacionada assim, de segunda a sexta, não trabalhar de sábados e domingos. De primeiro momento foi esse, por eu ter filhos, então eu optei, no primeiro momento foi por isso, lógico que a gente pensa na estabilidade também. Eu comecei a achar interessante o trabalho, o enfoque que o enfermeiro tem, e aí por conta também de ser um horário diferenciado, não é, só não faz esquema de plantão como em hospital.

DSC da ideia central D- Gosta de trabalhar com saúde pública e PSF Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que é vocação, eu acho que me encontrei, e eu gosto assim, então falar para você se teve motivo, teve, eu fazia coisas que eu não gostava, agora se eu conhecesse há tempos e falasse "qual é o seu motivo?", eu acho que é o amor mesmo porque eu gosto mesmo aqui. Eu não conhecia o trabalho do PSF, depois com o tempo a gente foi aprendendo que seria lidar com a população e com diferentes tipos de pessoas.

Cirurgião Dentista

Saúde pública não foi uma segunda opção da minha vida, foi a primeira, eu estou na saúde pública porque eu quis desta forma, meu alvo mesmo era poder trabalhar com as pessoas que a gente trabalha, poder fazer a diferença na vida de outras pessoas, então foi por gosto mesmo, por aptidão, porque eu falo que trabalhar na rede pública não é fácil, então eu nunca ganhei muito bem, e sempre fiz por gosto mesmo.

Categoria Enfermeiro

Porque eu me apaixonei pelo PSF já na faculdade, porque era uma política nova, um outro modelo de saúde, eu aceitei o desafio, que naquele momento foi um desafio muito grande começar no PSF, e porque na faculdade também eu tendia para a saúde pública, então o PSF veio de encontro ao que eu estava procurando. No PSF tem um processo de trabalho diferente, então a intenção mesmo era conhecer o Programa de Saúde da Família, a estratégia, e esse novo processo de trabalhar, desse olhar mais amplo para a comunidade, para a cultura, o ambiente, e ver se realmente é o caminho para a saúde no país. É diferente da enfermeira que trabalha no hospital, que tem mais as rotinas, é uma coisa diferente o hospital, então eu gostei mais do PSF por conta disso, gostava de fazer grupo, eu sou uma pessoa comunicativa então eu gosto bastante de conversar, de orientar, então acho que por isso também eu me identifiquei com essa área.

DSC da ideia central E- Não foi uma opção

Agente Comunitário de Saúde

Não há sujeitos

Cirurgião-Dentista

No início não foi uma opção, eu cheguei e sentei para discutir sobre a vaga e aí soube que trabalharia em PSF, e eu não tinha experiência nenhuma em PSF na época, então, na verdade não foi uma escolha. Hoje eu gosto muito de trabalhar em PSF, mas na época não foi uma escolha não. Na verdade, assim quando foi chamado no concurso era para PSF, então não tinha opção. Depois que eu comecei a trabalhar em PSF eu vi como que era e conheci e hoje eu gosto muito, mas não foi opção, foi meio sem querer.

Enfermeiros

Na verdade eu vim por acaso, a gente prestou o concurso e passou. Depois que eu conheci, hoje eu gosto muito do que eu faço, gosto muito de trabalhar, mas assim, falar "eu optei na faculdade por isso", não foi, foi meio que por acaso

Questão: Para você o que significa trabalhar em equipe no PSF?

Categorias

A- União das pessoas da equipe por um objetivo

B- A equipe tem entrosamento, trabalham juntos

C- Um trabalho depende e complementa o trabalho do outro

D- Trabalhar com as diferenças de cada um

DSC da ideia central A- União das pessoas da equipe por um objetivo.

Agente Comunitário de Saúde

Assim, juntar forças e trabalhar com a comunidade o que é legal é quando eles começam a entender qual é o motivo do nosso trabalho que é prevenir a saúde, e quando a gente está em equipe, estamos em equipe aí fica legal porque a gente junta forças, faz os trabalhos assim, unidos. Eu acredito que a equipe, ela é como uma família, a gente tem um pensamento só, a gente quer chegar num objetivo, todos unidos num objetivo, então seria, resumindo, a união de poderes, então para mim seria isso, uma união para atingir um objetivo.

Cirurgião-Dentista

Trabalhar em equipe, olha, é tanto receber ajuda da equipe nas atividades que a gente não consegue fazer sozinho, quanto também ajudar quando necessário, a gente tenta ao máximo aqui e acho que conseguimos, nós sabemos muito bem, não temos muitas reclamações, assim, é mais isso, é uma troca né. Buscamos um objetivo comum, que é melhorar as condições das pessoas do bairro.

Enfermeiros

O trabalhar, acho que é um conjunto de ações que você não consegue fazer sozinha, não é, a partir do momento que você participa de uma equipe, você vê que uma pessoa só não teria o efeito para poder fazer aquela ação, então tem que ser um compartilhar, tem que ter pessoas aí, diferentes profissionais ou não, mas tem que ter mais de uma pessoa. Trabalhando por um mesmo objetivo.

DSC da ideia central B- A equipe tem entrosamento, trabalham juntos

Categoria Agente Comunitário de Saúde

O trabalhar em equipe é uma ajuda mútua, certo? Porque uma coopera com a outra, tem que ter senão não é uma equipe, tem que ter o companheirismo, tem que saber uma a escutar a outra. Todo mundo lutando para cumprir uma mesma meta, trabalhando junto para conseguir o mesmo objetivo no final. É, porque eu sozinha, o que eu faria, é como eu disse o agente de saúde não tem recurso nenhum, se a gente não tiver o apoio da equipe, do que está acima de nós, o que a gente faz? Tem que decidir juntos o que é melhor para o trabalho do grupo e a melhor forma do grupo trabalhar com a comunidade, com a população.

Cirurgião-Dentista

Trabalho em conjunto sempre pensando não só na sua individualidade, mas junto com os outros membros, não é fácil porque tem divergências, cada um tem uma forma de pensar, mas assim, sempre pensando no conjunto e não mais na sua própria atividade. É poder distribuir, como que chama, compartilhar as coisas que estão acontecendo, por exemplo, tem um caso médico e ele fale "ah aconteceu isso", mesmo que não seja da área de odontologia a gente aprende muita coisa estando em equipe, é sempre bom, é conhecimento.

Enfermeiros

Trabalhar junto, tentar solucionar os problemas de cada pessoa, cada caso, junto com toda a equipe, discutindo, os agentes conhecendo a família, cada um fazendo a sua

parte para que a gente juntos, consiga resolver o problema daquela pessoa. É você acreditar que você pode ter confiança no outro para que um trabalho seja executado, eu acho que uma equipe quando ela existe, cada um tem as suas atribuições dentro da sua profissão, mas você compartilha, você tem participação, você pode compartilhar o trabalho, além das suas atribuições você pode fazer um trabalho compartilhado confiando sempre em alguém que possa te auxiliar, porque se não tiver colaboração não vai funcionar.

DSC da ideia central C- Um trabalho depende e complementa o trabalho do outro **Agente Comunitário de Saúde**

O trabalho que eu realizo é um pedacinho do trabalho do outro, e do outro e do outro, é como se fosse uma corrente, eu sou só uma pecinha aqui dentro. Mas o meu trabalho só é cem por cento se o do médico for cem por cento, se da enfermeira for cem por cento, se o dentista for cem por cento, e como os agentes estão em linha de frente tanto na recepção como na rua, a unidade tem que funcionar bem redondinho. Eu acho que a gente tem que ser assim, tem que ser um trabalho sincronizado onde todos falem a mesma língua para girar redondinho, e equipe não é divisão, assim, a parte tipo odontológica mais o médico, não, a gente tem que ser um conjunto e entrar num acordo, equipe para mim é sincronizar.

Cirurgião-Dentista

Trabalhar em equipe eu acho que é um pelo outro, é o coletivo mesmo, você, que nem as vezes eu estou atendendo e o médico me chama para tirar uma dúvida, então as vezes eu estou com paciente e é um caso mais grave e eu tenho que sentar e conversar com ele, então é este entrosamento, é você receber e doar. E o bacana do PSF é isso, trabalhar um ajudando o outro, quando um vê que o outro está com dificuldade e ir ajudar, tentar resolver os problemas de forma integrada, como todos juntos.

Enfermeiros

Eu acho importantíssimo, um depende do outro. Para mim trabalho em equipe é o que faz a equipe andar assim, não sei nem como falar, acho que é tudo. Principalmente falando da saúde da família que eu acho que um trabalho complementa o outro realmente, todas as informações que as agentes trazem, a vinda do paciente aqui, o relato dele, a informação que vem de quem conhece a família, conhece a casa, então a gente meio que cruza dados. Um complementa o trabalho do outro e acredito que esse complemento, esse respeito, faz o trabalho de equipe ser legal.

DSC da ideia central D- Trabalhar com as diferenças de cada um **Agente Comunitário de Saúde**

Trabalhar em equipe é ter os seus altos e baixos porque é complicado e cada um tem a sua personalidade, mas a gente saber aqui dentro eu sou uma equipe, então mesmo às vezes não indo com uma pessoa ou conhecendo as atitudes dela é trabalhar com ela assim mesmo, procurando harmonia e procurando estar sempre procurando ajudar nas suas dificuldades. É você esquecer o individualismo e seguir que cada um tem um conceito

e você estar aberto a qualquer tipo de opinião, e juntos daí sim tomar uma decisão, no caso quando tem que ser tomada uma decisão, né.

Cirurgião-Dentista

Então, trabalhar em equipe é uma coisa complicada porque cada um tem o seu perfil, mas é preciso que você aceite as limitações do outro, é preciso um pouco de jogo de cintura, agora trabalhar em equipe é muito melhor do que você trabalhar sozinho porque você tem esse contato, você interage mais com as pessoas, e o que é legal do PSF é o contato com a comunidade, contato maior, fazendo visita, a comunidade vem até você também às vezes, nos grupos.

Enfermeiros

Trabalhar em equipe é um trabalho que requer bastante jogo de cintura, bastante, você tem que ter bastante discernimento para não prejudicar nenhum membro da equipe, para você conseguir trabalhar com todos sempre falando a mesma coisa, igual para todos, e é muito gratificante o retorno que a gente tem em trabalhar em equipe porque a gente tem reuniões toda sexta-feira à tarde, a gente discute vários temas relacionados ao dia-a-dia, há problema de pacientes, problemas de funcionamento da unidade, todo mundo tenta assim dar a sua opinião, a sua visão e a gente resolve todos os problemas em conjunto, em equipe, então ninguém manda mais do que ninguém, todo mundo é importante, e você acaba ouvindo a opinião de todo mundo e chegando a alguma conclusão pela equipe.

Questão: Pensando na sua definição sobre o que é o trabalho em equipe, você acha que há integração nas ações entre ESB e a ESF? Por quê?

Categorias

- A- Trabalho separado**
- B- Participação – colaboração**
- C- Sim**
- D- Atendimento integral - foco no paciente**
- E- Existe, mas não a contento**
- F- Não**
- G- Eu tenho dificuldade em me integrar**

DSC da ideia central A – Trabalho separado

Agente Comunitário de Saúde

Olha, em alguns casos há uma separação porque a saúde bucal ela é presente na nossa equipe só que é um trabalho que a gente vê como um diferencial. Por exemplo, na sala dela a gente tem um pouco menos de acesso como a gente tem com a doutora que é a clinica geral, então tudo que a gente busca de informação a gente vem direto para a doutora ou com a enfermeira, já na saúde bucal ela já é mais separada, não sei por que,

mas tem uma certa diferença. Porque na saúde bucal ela faz o atendimento, ela faz a parte dela, ela é uma referência aqui, só que não sei, parece que falta alguma coisa para dizer assim "faz parte da nossa equipe também".

Enfermeiro

Então, eu comecei agora a trabalhar com a dentista, até então nunca tinha tido essa experiência. Eu acho que tem que ter interação, que faz parte, a gente tem que ver a pessoa como um todo e a saúde bucal também é da pessoa, então faz parte.

Aqui não tinha muita integração porque nos grupos, os agentes não participavam juntos com a equipe de saúde bucal. Então eles tinham uma interação na equipe, mas não tinham uma interação em relação ao paciente, assim, o cuidado com o paciente não era integral, não tinha essa integração. O pouco que eu percebi foi isso, que não tinha integração relacionada a grupos, a cuidados como discussão de casos, essa integração eu não consegui perceber. Então eu acho que as pessoas ainda enxergam que a equipe de saúde bucal é algo a parte.

Cirurgião-Dentista

É muito fácil para a equipe como um todo. Eu acho que enfermeira, médico e agente de saúde trabalhar junto, eles estão acostumados. Os agentes estão acostumados porque eles fazem um trabalho nas escolas e tal, sempre da parte médica e de enfermagem.

A parte odontológica acho que como chegou depois eles se veem meio fora disso, ainda mais pelo fato de a dentista as vezes ter uma auxiliar, tudo é a auxiliar do dentista que tem que fazer, então eles tiram o corpo fora, eles acham que eles são os chamados "auxiliares do médico", mas não do dentista, então tem algumas atividades que a gente precisa fazer, o próprio fato do dia-a-dia, do cotidiano, você querer que o agente de saúde fique na recepção e leve um prontuário na sua sala quando o paciente chega para a sua consulta, é difícil. Ele acha que é o seu auxiliar que tem que ir buscar na recepção, ele leva do médico, leva do enfermeiro, leva para a equipe de enfermagem e técnica, mas para levar para o dentista tem que ser o auxiliar do dentista que tem que ir lá buscar, ele não pode levar. Então assim da mesma forma que, assim, se por um lado há integração da equipe no sentido de eles entenderem que as ações são importantes, são importantes para que o auxiliar do dentista faça. Às vezes eu peço para eles darem recado para os pacientes, então sempre que a enfermeira ou a médica avisa algum agente de saúde que tem um problema com algum paciente e ele precisa dar um recado ou contatar, resolver alguma coisa, eles vão e trazem resposta, quando eu peço eles não vão.

DSC da ideia central B – Participação – colaboração

Enfermeiro

Olha, eu acho que está totalmente vinculado. Aqui na nossa equipe existe, graças a Deus, a gente tem essa preocupação, sempre os trabalhos são divididos para todo mundo, a gente está fazendo um trabalho grande sobre dengue, então todo mundo vai participar, inclusive a dentista, as agentes acompanham nas atividades nas escolas, na creche, todo mundo participa. Existe um trabalho da saúde bucal, então todo mundo vai também tentar participar. Isso sempre foi muito comentado, a coordenadora desde o começo colocava que ela ia inserir então aqui a dentista participa de reunião, a equipe toda participa das

reuniões, estão todos inteirados com tudo o que está acontecendo, dá opinião, dá todo esse entrosamento. Acho que a saúde bucal aqui não tem diferença, a gente não pode diferenciar a saúde bucal e, por exemplo, o trabalho da enfermeira, do médico e dos agentes, não há diferenças, existe uma boa integração aqui e uma boa participação, tanto da dentista quanto da ASB elas são criativas, ajudam, são participativas, são cooperativas, os agentes também cooperam. Então acho que a gente tem uma integração muito boa.

Cirurgião-Dentista

Eu acho que há. Porque sempre que a gente tem alguma atividade, alguma coisa para fazer, do que a gente precisar dos outros integrantes do PSF, eles nunca se negam a fazer e sempre participam, na medida do possível e dentro do cronograma de cada um, mas sempre é feito um planejamento, fixada uma data e sempre participam, nunca tive restrição disso. A gente se comunica muito, agente comunitário chega, porque aqui a gente tem os estagiários da FOP, então a gente tem um número muito grande de visita domiciliar, os alunos chegam das visitas e aí a gente já conversa, converso com aluno, já converso com o agente comunitário, então muitas vezes aquele caso que a pessoa não viria até a unidade, né, mas a gente fica sabendo, a gente traz e aí eu já agendo um horário e essa pessoa vem, então tem essa interação sim de todos os membros.

Agente Comunitário de Saúde

Para mim eu acho que sim, porque para mim é junto, para mim não tem duas equipes, equipe da saúde bucal e a equipe da saúde da família, para mim é uma equipe só que abrange também a saúde bucal. A gente trabalha juntos nas prevenções, quando existem grupos, ou teatros. A gente se comunicava muito com a dentista, havia muita comunicação assim entre nós, a auxiliar e a dentista, a gente acabava um ajudando o outro, ela nos ajudava com alguma coisa com os nossos pacientes e a gente, o que a gente podia para elas. Nas reuniões eles estão juntos, às vezes têm umas preocupações e a gente precisa dar idéias, eles também dão, ela expunha o que ela achava, ela pedia as nossas opiniões, tinha reunião da comunidade também, que tudo o que ela fazia a gente conversava com a comunidade, então está sempre ali, como uma engrenagem, sempre um precisa do outro e vai ajudando o outro a caminhar.

DSC da ideia central C– Sim Enfermeiro

Sim. Então, hoje está mais integrado. A dentista, quando ela começou a trabalhar aqui, ela não está há muito tempo aqui, ela veio de uma outra cidade e lá ela não trabalhava desta forma, lá parece que era meio separado, e ela teve muitas dificuldades porque ela tinha que ouvir as outras pessoas e discutir, e ela não fazia isso no outro serviço, então ela teve muita dificuldade até de adaptação. E daí devagar ela já está assim bem entrosada com a equipe e a gente consegue fazer um bom trabalho sim.

Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que sim. Há bastante. Desde que estamos juntos, porque não foi desde o começo, foi depois que a gente mudou para cá que eles vieram né, faz um ano e meio, a adaptação foi tranquila, não teve problema nenhum.

DSC da ideia central D – Atendimento integral – foco no paciente

Enfermeiro

Existe. A gente trabalha o ser humano na integralidade, não somente a consulta médica, a consulta do enfermeiro, mas também a saúde bucal, tanto as gestantes quanto as crianças e hipertensos e diabéticos que são os nossos pacientes de risco, eles passam em consulta com a gente, desde o consultório eles já são orientados da importância de trabalhar com a saúde bucal também, então eles tem a agenda aberta, saem daqui e já fazem o agendamento com a saúde bucal.

Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que sim, com certeza, porque eu acho que completa a saúde bucal e a saúde geral, porque tudo é saúde né, os olhos, a boca, tudo, porque os pacientes tem dúvida sobre tudo, eles perguntam tudo para gente. Eu acho que a saúde bucal na saúde da família acho que foi uma das melhores coisas que aconteceu porque a população mais carente em si, não tem acesso. Na minha unidade a dentista é muito aberta, a gente interage bastante. Quando tem famílias com questão de risco a gente conversa com a dentista ela sempre está disposta a estar, assim, tem as normas para marcar consultas, mas ela abre uma exceção para essa família, e não mostrando que está abrindo somente para eles né, mas para ela conseguir tratar a família.

DSC da ideia central E – Existe, mas não a contento

Enfermeiro

Olha, há uma integração, mas ela poderia ser muito maior. De acordo com experiências que eu tenho as ações são bem pouco compartilhadas, eu acho que isso não é uma questão da minha unidade, mas é uma questão que vem do município de Piracicaba mesmo. Eu acredito que a equipe de saúde bucal não é uma equipe à parte, é uma equipe que está inserida dentro deste todo, dessa equipe de saúde da família que a gente tem, então eu procuro muito tentar essa integração, até por que também faz parte das minhas orientações para os meus pacientes a saúde bucal, apesar de eu ter uma dificuldade com isso porque do jeito que eu tento descentralizar as pessoas parece que não aceitam muito isso. Todo mundo tem que estar envolvido. Já trabalhei em outros lugares que a saúde bucal participava um pouco mais.

Cirurgião Dentista

Então, integração existe, mas não muito, não cem por cento, o fato de a gente, culturalmente o dentista ter demorado para entrar na equipe de saúde da família, a formação profissional agora mudou, mas não há muito tempo atrás a formação profissional do dentista não é voltada para a saúde coletiva, era voltada para clínica, então como a gente saía da graduação sem essa visão, era difícil essa integração. Eu acho que a equipe é legal, é muito boa nesta parte, eles são interessados, mas ainda não há uma integração de cem por cento com a saúde bucal. Alguns membros da equipe acham que não é tarefa deles também a parte odontológica, não conseguem entender muito bem esse trabalho em grupo, esse trabalho em conjunto. A dificuldade era deles entenderem que o meu paciente era paciente da unidade, era paciente da equipe toda, era um morador como

qualquer outro. A visão deles sobre a Odontologia era essa, "eu vou fazer mais do eu faço, vou fazer mais do que o meu trabalho, isso não faz parte do meu trabalho". Por exemplo, agente de saúde acha que o trabalho em escola, a escovação supervisionada é só da saúde bucal, de dentista e auxiliar, então tem dificuldade nesta parte, grupo, se a gente vai fazer grupo e vai falar sobre saúde bucal, acha que não precisa estar junto. Nas visitas também, vai fazer a visita, mas a parte da saúde bucal acaba "essa parte é do pessoal do dentista", então não, acha que não tem que falar sobre a higienização, e fica mais difícil. Então tem bastante diferença, a gente acaba se sentindo assim um ser à parte, embora tentemos estar sempre juntos, mas tem essa questão, essa separação.

Agente Comunitário de Saúde

Se eu for dar uma nota eu vou dar 5. Assim, nosso dentista aqui é muito quietinho, fechadinho, então é difícil de a gente saber o que ele realmente quer, porque entram e ficam aqui dentro, se precisar avisar algum paciente põe um bilhetinho na porta do armário "avisa que trocou a data", ou uma outra informação que for dar é no momento da reunião de equipe, fora isso, estão aqui dentro, não sei se estão precisando de alguma coisa que eu possa fazer lá fora para algum paciente, então não é uma coisa assim "entra aqui, vamos conversar", sabe? Acho que às vezes tem dificuldade no mudar alguma coisa, principalmente nos grupos, sabe, mudar a forma que é feita. Podia ter mais melhorias.

DSC da ideia central F – Não Enfermeiro

Não, infelizmente não. Não sei bem o porquê, mas acredito que a pessoa que está aqui não tem perfil para a saúde da família, tem perfil para ser a parte técnica muito bem, mas eu não estou falando do profissional, não é isso, porque profissionalmente a gente não tem reclamação, mas enquanto coordenador de equipe a gente percebe que não tem o perfil para trocar informação, para conversar, para se comunicar, que eu acho que é uma das principais coisas para trabalhar em equipe, de sentar para pedir para a equipe uma opinião, ele não consegue fazer isso, então acho que isso é o principal problema aqui nessa equipe, então para mim, por enquanto eu não vi essa integração.

Cirurgião-Dentista

Não, eu acho que há uma desintegração em todos os momentos, quando há um grupo, por exemplo, de saúde bucal, é algo separado, nos outros grupos eu não atuo. Tem também o problema da recepção, existe a recepção da enfermagem, da parte médica, mas para o dentista, a equipe acha que é a ASB especificamente que deve recepcionar os pacientes. Você percebe que na equipe como um todo há diferenças entre os profissionais, de dentista em relação a enfermeiro, em relação a médico. Eu acho que a equipe de saúde bucal também, não só aqui, mas de uma forma geral assim já é um pouco excluída porque geralmente, foi colocada a saúde bucal depois que já estava tudo prontinho, a equipe de Saúde da Família, então já é uma outra dificuldade de integração, além disso, também as agentes, acho que elas já entram com um pouco mais de conhecimento na área médica, na área de saúde bucal já é tradicionalmente mais separado do resto do corpo assim, então acho que essas coisas dificultam um pouco essa integração. Eu vim de um PSF que era

muito bom, por exemplo, fazia visita, eu, a enfermeira e a médica era todo mundo bem focado, aqui não, aqui nunca fiz uma visita, nada, eles são bem resistentes, porque tem agente comunitário aqui bem antigo e eles têm dificuldade "ah isso aí não vai dar certo, não adianta fazer isso que não tem jeito", eles são muito resistentes, qualquer coisa que você fale é "ah não".

Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que não. Vou dar um exemplo: nós chegamos e falamos sobre a dengue, orientamos sobre a tuberculose, a gente passa todas as orientações sobre a saúde, a gente fala do Dr, da enfermeira, do papanicolau, dos exames, mas da saúde bucal, a gente nem toca no assunto. Quando o paciente vem e diz que está com dor de dente, eu dou a data do agendamento. "olha, tem agendamento", mas algumas orientações como a quanto tempo dói o dente, não tem isso, então automaticamente o que acontece, então a saúde bucal é separado sim, nós não orientamos sobre a saúde bucal. Saúde bucal é saúde bucal, e saúde da família é saúde da família.

DSC da ideia central G – Eu tenho dificuldade em me integrar

Cirurgião-Dentista

Mais ou menos assim, eu tenho muita dificuldade em me integrar ao restante da equipe. Por exemplo, acho que eu sou meio individualista, às vezes, tenho dificuldade para pedir ajuda, tento sempre resolver sozinho, às vezes até para não atrapalhar, não sobrecarregar os outros funcionários, coisas que às vezes eu não vou conseguir e eu preciso de ajuda dos outros, então esse é um ponto que eu tenho um pouco de dificuldade para me integrar à equipe.

Questão: Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a integração entre ESB e ESF?

Categorias

- A- Acho que está bom**
- B- Mais funcionários / dentistas**
- C- Flexibilidade**
- D- Projetos/trabalhos conjuntos**
- E- Treinamento / curso / capacitação**
- F- Palestras / informações para a população**
- G- Comunicação / Informação**
- H- Gestão**
- I- Não sabe**

J- Não respondeu

K- Busca ativa

DSC da ideia central A-Acho que está bom

Enfermeiro

Olha, já está tudo ótimo assim, tudo que poderia estar sendo feito a gente já faz realmente, que é conversar, discutir, ouvir a opinião de todo mundo, acho que mais que isso eu não sei se existe, entendeu? Eu acredito que a gente trabalhe bem em equipe, está sempre um conciliando o trabalho do outro. Há um bom relacionamento com todos da equipe, com o pessoal da farmácia também que é aqui do lado. As ações coletivas estão todas envolvendo, até o médico, eu, as agentes, as técnicas. Não sei se teria alguma coisa assim diferenciada, acho que do jeito que está, está legal. Nós atingimos uma meta boa.

Agente Comunitário de Saúde

Então, aqui a gente tem bastante diálogo, você entendeu, eu acho que para mim está ótimo, aqui tem integração total, a gente é bem participativo, no nosso dia-a-dia com a dentista que nós temos, a auxiliar dela, tudo o que ela precisa ela fala para nós, o que a gente tem dificuldade fala com ela, e a gente sempre se entendeu muito bem. A dentista é ótima como parceira, vai com a gente, visita todos os acamados porque eles não têm possibilidade de vir até aqui, a gente combina, tem a parte de escovação que a gente faz junto, tem a parte do flúor, eu acho que está indo bem, ele faz escala e sempre deu certo.

Cirurgião-Dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central B – Mais funcionários / dentistas

Enfermeiro

Eu acho que se nas outras unidades tivesse também o dentista e desafogasse um pouco o dentista daqui, eu acredito que dava para integrar mais nas outras atividades, eles participarem mais, teria mais tempo, que nem na questão de visita domiciliar, eu já trabalhei em município que eu ia visitar o recém-nascido, fazer a visita de puerpera e o dentista ia junto orientar a limpeza da boquinha. Aqui se eu vejo que tem algum problema na consulta em relação a essa parte, eu chamo ele, e ele vem dar uma olhada, o dentista e a auxiliar dele aqui são muito prestativos com a gente assim. Mas que nem a parte da visita fica meio falha por conta de sermos referência para sete bairros, porque seria uma coisa interessante ele visitar os acamados, capacitar as agentes, dar orientação.

Cirurgião-Dentista

Ah eu acho que aqui está bem integrado assim, a única coisa que para ficar mais integrado teria, vamos dizer, mais tempo para dar conta do atendimento e de atividades, então para atender essa demanda de tratamento e a parte educativa, as atividades coletivas é meio complicado o tempo em relação a isso, teria que ter um dentista em cada unidade mesmo.

Agente Comunitário de Saúde

Nossa, eu acho assim, melhorar acho que a gente sempre tem alguma coisa que possa estar melhorando, né, eu acho que ela por trabalhar sozinha, e aqui é muito grande, o atendimento é de vários bairros, a demanda nossa é muito grande, então eu vejo ela fazer esse trabalho com a escola, com as crianças e ela dá oportunidade de vir ao retorno sem vir no agendamento, então eu acho assim, a gente teria que ter um aumento no número de profissional pela quantidade de pessoas que a gente tem aqui, ou ter uma outra equipe de PSF que viesse mais um dentista. Isso já ajudaria bastante.

DSC da idéia central C – Flexibilidade

Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que haveria sim, em alguns casos a equipe da saúde bucal não é flexível, e quando você trabalha com o povo, em alguns casos você tem que ser, tem que abrir exceções. Entendeu? É flexibilidade, que eu acho que é uma das partes fundamentais que um médico ou um dentista ou qualquer tipo de especialidade deveria ter. Eu acho um pouco que tem uma barreira. Se ele falasse para gente, porque ele é assim, ele conversa com a gente tudo né, mas a respeito disso, dos grupos, ele é assim uma pessoa difícil, se a gente quer mudar alguma coisa no grupo, ele já não quer. Poderia ele ter assim, talvez uma disponibilidade de mudar de acordo com a necessidade, como profissional poderia ser melhorado seria ter uma abertura maior em relação a nós, em relação aos pacientes.

Enfermeiro

Não há sujeitos

Cirurgião-Dentista

Eu acho que sempre usar o bom senso, o respeito, como eu falei eu acho que é uma coisa que eu observei ao longo deste tempo é quando tem essa mudança entre os membros da equipe, então é o respeito, é o bom senso mesmo, viu, vamos todo mundo nos adequando à dinâmica. Trabalhar em equipe é ser flexível, esse é o termo mesmo, porque muitas vezes a gente quer fazer uma coisa e a equipe decide diferente, e você faz o que a equipe decidir, então se a gente não for flexível, é difícil.

DSC da ideia central D-Projetos/trabalhos conjuntos

Agente Comunitário de Saúde

Acho que mais projetos conjuntos, né, tanto com eles na saúde da família como a gente na saúde bucal. E assim, começou agora a fazer visitas com o agente de saúde, então está valendo a pena, e antigamente era só para os acamados e dessa vez não, abriu mais e então eu acho que isso dá certo.

Enfermeiro

O que nós precisamos é sentar, fazer reunião de equipe e a gente trabalhar junto, definir o nosso trajeto, primeiro todo mundo saber qual é o objetivo de saúde da família e que o dentista faz parte da equipe, então é integrar a equipe, ver como que vai trabalhar, formar grupos e participar dos trabalhos em grupo, das palestras, se tem alguma coisa de saúde bucal dentro da equipe, os assuntos que tem, por exemplo, a médica está falando de

hipertensão e diabetes, e a dentista também está participando, eu acho que isso quanto mais envolver, vai numa escola, leva uma ACS, então envolver o trabalho de odontologia e vice-versa, e o dentista na equipe também no trabalho que não seja só odontológico. Acho que isso é o mais importante.

Cirurgião-Dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central E-Treinamento/curso/capacitação

Agente Comunitário de Saúde

Falta preparo nosso em relação a saúde bucal, a gente não tem palestra, não falaram nada no introdutório, não tem orientação, a gente tem orientação da dengue, a gente poderia ter sobre a saúde bucal, falta curso preparatório para a saúde bucal para nós. Então, a dentista ela deu alguns treinamentos para nós que falava da saúde bucal, do câncer, eu acho que a prefeitura deveria ter assim, mais treinamento para os agentes de saúde mesmo, junto com a dentista e a auxiliar, é uma das coisas que poderiam ter.

Enfermeiro

Então, na verdade os agentes eles tem muita dificuldade de entender isso, eles tem dificuldade de aderir algumas coisas, então eles acham que tem algumas coisas que não é a função deles, essa questão de ir junto lá na escola, de participar de algumas atividades que as vezes a dentista propõe, então é assim, não que eles não façam, eles fazem entendeu, só que sempre existe uma certa resistência inicial, tem um certo questionamento, "porque que eu tenho que fazer se é a função dela?" "porque que eu tenho que fazer se a odonto é quem resolve", ou "eu não tenho informação, eu não tive treinamento", então depois que eles começaram a questionar, tudo o que a gente vai fazer diferente, então primeiro a gente expõe, a gente discute os pontos, se tiver que existir um treinamento a gente faz para que não tenha aquela cobrança e "viu, você está me mandando fazer isso, mas eu não tenho preparo técnico para isso", então eles cobram muito isso. Eu acho que se colocasse todas elas em uma sala na prefeitura, e colocasse isso de uma forma de um mini curso, um processo de aprendizado, até de educação continuada, funcionava, porque todo mundo tem qualidades, todo mundo tem defeitos, mas a maioria gosta do que faz, e então faz bem.

Cirurgião-Dentista

Eu acho que o curso introdutório é um caminho desde que todos participassem deste curso, acho que na vez que eu fiz o curso, por exemplo, tinha enfermeiro, médico e dentista fazendo, e assim, devia ter um agente de saúde no grupo, acho que a equipe toda devia fazer esse curso junta, para que as mesmas discussões, as mesmas explicações e orientações fossem passadas, acho que é um caminho, porque o agente de saúde é contratado, mas ele não tem nenhuma formação específica. Também fazer educação continuada nas reuniões de equipe, além de reciclagens, mas eu acho que não deveria ser feita na unidade e sim na prefeitura para que tenha um aspecto mais formal, mas não em relação a Odontologia isolada, que seja uma reciclagem no geral e colocar junto a Odontologia, para dizer que é tudo igual, pois talvez se colocarem separado poderiam encarar como algo separado mesmo.

DSC da ideia central F-Palestras/informações para população

Agente Comunitário de Saúde

Eu acho que sempre a gente pode melhorar, assim, o que eu sinto é que a prefeitura não dá muito valor assim para a saúde bucal no PSF, eu acho isso porque a gente vê nas visitas, o pessoal acha que a saúde da boca não é importante, então a gente tem muita reluta. Eu acho que na parte de convivência aqui está ótimo, e o que poderia melhorar era se mostrassem para a população a importância da saúde bucal.

Enfermeiro e Dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central G-Comunicação intra equipe

Agente Comunitário de Saúde

Ah, eu acho que sim, mais informações, mais conversa, mais comunicação, porque há um pouquinho de isolamento por faltar comunicação, se acontece alguma coisa a gente nem fica sabendo. Acho que devia ter assim uma abertura um pouquinho mais da parte do profissional, porque às vezes é a pessoa que é assim né, porque tem pessoa que já é mais aberta, conversa mais né, então às vezes a gente não achou um caminho ainda para que dê uma sintonia, sabe. E daí isso teria que ser assim, o dentista, a auxiliar, eles dois verem se tem alguma coisa a mais para poder passar para gente.

Enfermeiro

Eu Acho que a reunião de equipe é importantíssima, todos tem que participar de todas as reuniões, e tem que ser num horário que o dentista pode, não ter agenda para poder estar participando. Eu acho que o cotidiano faz às vezes haver um isolamento dentro da unidade.

Cirurgião-Dentista

É importante que a gente fale a mesma língua para não ter problema pra ninguém, mas a forma que a gente encontrou foi em toda reunião de equipe, tanto é que em todas as atas que a gente faz tem comentários à respeito disso para todo mundo falar a mesma língua para não ficar ruim para ninguém.

DSC da ideia central H-Gestão

Agente Comunitário

Não há sujeitos

Enfermeiro

A coordenação da saúde bucal, nunca vem, não conheço direito, mas a gente não conhece a política, o que eles esperam da gente com relação à saúde bucal. Espera que a gente atenda a nossa população, mas e daí? É o que a gente faz, a gente atende, mas a gente não tem metas para cumprir, não tem estudos assim que direcione a nossa prática de saúde bucal.

Então, o que poderia ser feito eu acho que a passos de tartaruga um dia poderia se conseguir, que é a questão da co-gestão, entendeu, enquanto tudo estiver centralizado no

enfermeiro e a gestão funcionar de uma forma verticalizada, mandando que o outro faça isso, que cubra isso, a gente não vai conseguir essa interação que é o que deveria existir, não só por parte da saúde bucal, mas também dos médicos, que todos são profissionais dessa equipe. Então eu acho que a gestão deveria ser compartilhada - a co-gestão, mas acredito que para isso acontecer as coisas tinham que começar lá em cima, aqui no meu ambiente de trabalho, na nossa equipe, eu tento fazer a minha parte para descentralizar, para compartilhar quase tudo o que eu posso, mas no final das contas, não é tão aceito porque as pessoas.

Cirurgião-Dentista

É o seguinte, porque esse esquema do PSF tem a enfermeira como a chefe do posto e ela tem que unir, não adianta eu querer uma coisa sendo que ela não une o resto, não adianta, eu faço, vou na escola, vou na creche e a hora de eu cobrar os agentes comunitários não tem um respaldo da enfermeira, entendeu? É a questão do dia-a-dia na unidade, então o próprio fato de ela estar aberta e disposta a entender a gente como parte da equipe, ajuda, mas ainda assim há barreiras com relação a ela mesma, como é ela que manda, teoricamente o que ela fala o povo faz, o que ela não fala ninguém faz. Eu acho até errado isso porque tinha que ser, sei lá, rotatório, cada ano é um da equipe para sentir dificuldade de como que é comandar a equipe, acharia importante o dentista participar disso também, o médico, de saber da dificuldade administrativa que só a enfermeira passa. Eu acho que a gestão ajudaria, não é o que vai solucionar de vez, mas a ação de lá e a ação daqui junto dá certo.

DSC da ideia central I- Não sabe

Agente Comunitário de Saúde

Então, melhorar? O que poderia melhorar? Eu não sei dizer o que podia melhorar, assim... não sei dizer.

Enfermeiro e Dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central J- A resposta não atende a pergunta

Agente Comunitário de Saúde

Sempre tem alguma coisa para ser integrado, porque a gente também ajuda na escola, na escovação, no flúor, em tudo né, então sempre há alguma coisinha. Aqui há uma integração, mas eu acho que sempre falta alguma coisa.

A dentista e a auxiliar aqui, elas sabiam tudo, mais do que eu não sei quantas vezes, sabe, mas elas eu acho que elas sabem, elas também perguntam, mais a auxiliar, porque a dentista já vem de outro PSF, ela já vem lá de outra cidade, então ela já conhece um pouco da realidade.

Enfermeiro

Primeiro tirar ele (CD) daqui como ele solicitou para a coordenação, e segundo eu acho que, que nem eu já ouvi uma vez da coordenadora da saúde bucal que ela não muda

as pessoas, ela muda as condições de trabalho, eu até concordo com ela porque as pessoas vêm para cá e nem todas tem perfil para isso.

Cirurgião-Dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central K-Busca ativa

Agente Comunitário e Enfermeiro

Não há sujeitos

Cirurgião-Dentista

Daria para fazer, por exemplo, uma busca ativa pelos pacientes que tem mais necessidades, isso aí daria para fazer, mas é como eu falei, aqui elas já não dão muito conta do próprio trabalho, então daria para integrar mesmo, que eu imagino que a gente está aqui adaptado num NASF e daqui a pouco vai separar, porque o próprio PSF tinha uma área de referência muito grande. Eu acho que no futuro quando a área de abrangência ficar melhor eles vão ter maior disponibilidade para fazer trabalho específico também em odontologia.

Questão: Você acredita que o seu curso de graduação o preparou para atuar no trabalho em PSF? Por quê?

Categorias

A- Sim, o curso de graduação me preparou para atuar em PSF

B- Não, o curso de graduação não me preparou para atuar em PSF

C- A graduação me preparou muito pouco para atuar em PSF

DSC da ideia central A: Sim, o curso de graduação me preparou para atuar em PSF

Categoria Enfermeiro

Eu acho que na minha formação, na graduação, eles tiveram um enfoque bem grande em relação ao PSF. Acho que muitas coisas que eu implanto aqui, das minhas idéias, eu tirei da minha formação. Tive uma base bastante interessante, e depois a minha própria experiência, porque o PSF de lá era totalmente diferente, eu consegui vivenciar, fiquei um ano e meio lá, então foram algumas coisas interessantes que eu fiz lá e que eu tento fazer aqui também.

No terceiro semestre foi apresentado o programa de saúde da família, mas foi muito bem apresentado porque a professora ela foi coordenadora do PSF, era uma pessoa que tinha muito conhecimento, então acho que a maioria gostou, se apaixonou e acreditou na importância deste programa.

No último ano eu tive seis meses de estágio só na saúde da família, na saúde pública, mas eu tive a sorte de cair numa unidade de saúde da família então eu fiquei seis

meses numa unidade. Depois da graduação eu escolhi a saúde pública, pela experiência na faculdade, isso realmente é verdade, a faculdade despertou meu interesse pela área.

Cirurgião-dentista

Não há sujeitos

DSC da ideia central B-Não, o curso de graduação não me preparou para atuar em PSF

Categoria Cirurgião Dentista

Sinceramente? Tive a base do trabalho, a teoria e a prática para o desenvolvimento das nossas atividades de cirurgiã dentista, mas falar que o curso prepara para a realidade pública, não, de forma nenhuma. Na verdade, na graduação eu acho que nem sabia o que era SUS direito, porque eu me lembro bem que eu não tinha nenhum tipo de estágio, as aulas que eu tinha eram aulas muito esquisitas, ninguém entendia o que estava sendo dito, e eu não sabia nem diferenciar uma UBS de um PSF, não sabia nem o que era uma UBS. As pessoas que se formam lá, os cursos não dão enfoque nenhum ao PSF.

Também para algumas pessoas, dependendo da época que fizeram a graduação, não tinha PSF. Estava começando. Não tinha nem equipe odontológica no PSF ainda. O PSF tinha acabado de nascer, então não tinha na graduação, a gente nem sabia o que era. Não tinha esse estágio que eles fazem hoje em dia, não tinha nada disso, e isso dificultou no momento em que começaram a trabalhar. Quando você já tem experiência e você já sabe como funciona, acho que meio que facilita sim.

Enfermeiro

De jeito nenhum e nem tinha PSF naquele tempo. Nem sabia o que era isso, era UBS e a gente fazia um estágio muito superficial. Eu era muito nova, não tinha maturidade suficiente para aproveitar bem o estágio. Entrei para a faculdade e era a mais nova da sala e hoje acho que a gente tem que ter maturidade para fazer uma faculdade. Então, eu posso te afirmar, não aprendi nada de saúde da família na faculdade. Não teve nada, muito pouco de saúde pública, e até então não existia o PSF.

Questão: Em suas visitas domiciliares, você costuma falar sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o por quê? (Questão exclusivamente para ACS)

Categorias

A- sim, costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

B- Nem sempre costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

C- Não, não tenho falado em saúde bucal nas visitas domiciliares

DSC da ideia central A- sim, costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Sim, eu falo muito sobre a alimentação e higiene, porque a falta de higiene é que acarreta a maioria das doenças da boca. Falo de escovação, doces, assim, menos doce para criança porque a gente vê muita criança toda hora correndo atrás de mercadinho, de barzinho. A gente orienta muito as mães a diminuir os doces das crianças, bala, chupeta também que é uma coisa assim que às vezes atrapalha também a dentição das crianças. A gente também orienta, a estar sempre trocando as escovas, escovando os dentes pelo menos três vezes por dia, depois das três refeições, mas não sei se eles ouvem, mas a gente fala, a gente sempre estimula a escovação de dente.

A gente orienta as crianças de sete anos para a escovação porque a cárie aumenta neste idade, porque eles dormem sem escovar dente, então a gente costuma ficar no pé. A pasta de dente eles vem buscar no posto que a gente dá, o fio dental também. Para as famílias que são de baixa renda, eles levam daqui o kit, então de época em época eu pego a sacolinha e levo, com o fio dental, com creme dental, as escovas de dente e faço a escovação junto com eles. Então a abordagem é sempre essa, que às vezes a enfermidade que você tem no estômago é decorrente a má mastigação, a falta de dentição na boca, então tudo isso aí a gente aborda. Procuro cumprir com a parte que eu aprendo.

A gente fala dos recém-nascidos quando surge o primeiro dentinho, coisas que a gente não achava tão importante, os nossos pais naquele tempo não era tão importante, então a gente acabou criando hábito que não era importante.

Fala sobre tratamentos preventivos

Depois de uma reunião que a gente teve, porque a gente só lembra de falar de saúde bucal quando o paciente fala que está com dor, o dentista pediu para gente falar mais, aí a gente agora quando vai fazer as visitas sempre lembra. Geralmente eu falo em relação à prevenção principalmente quando falam, "ah não, está boa", e eu falo "está boa como?" você vai achar que só quando você tiver dor que você vai ter que ir? Não, vamos fazer uma limpeza, vamos fazer um check-up, não adianta tu ir lá e ah vou fazer um check-up para ver se eu estou com colesterol. E os dentes? Então tem que falar assim, na linguagem que eles entendem, então daí está vindo, pelo menos na minha área aumentou bem a procura do dentista.

Fala sobre agendamento e funcionamento da unidade de saúde

Eu costumo falar sobre o dentista, de como é o agendamento e que a gente tem dentista na unidade. Na verdade são eles que mais perguntam, porque quando ficaram sabendo que tem dentista a maioria das pessoas se interessaram em cuidar dos dentes, que a gente sabe que no particular sai muito caro. Então eu falo para eles que o dentista atende tanto criança quanto adulto, que tem agendamento, explico que o agendamento é uma vez por mês, que tem que vir aqui para agendar, e que a gente não pode levar a consulta para casa deles.

Eu incentivo sempre estar procurando o dentista. Se for adulto oriento que venha até o posto agendar uma consulta com uma avaliação dentária, e se for criança e estiver em escola quando a gente vai fazer escovação eu procuro orientar a professora a mandar um bilhete para a mãe para trazer a criança ao dentista.

DSC da ideia central B- Nem sempre costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Às vezes eu falo, às vezes eu esqueço. Falo bem pouco, então é por exemplo, quando o paciente fala "nossa, estou com dor de dente", "ah, eu estou com problema dental, como que faz para eu ir ao dentista". Também em alguns casos, quando eu olho para a criança e vejo que a higiene bucal não está legal e eu falo "está escovando?" em alguns casos sim. Eu costumo falar, frisar bastante quando é criança porque os adultos você pode até falar, mas eles não dão atenção, eles nem ligam para você porque você não é nada, você não é dentista, então quem é você para falar. Com criança eu gosto e com criança eu falo. Mas com adulto.... Acho que se a gente fosse melhor preparada nesse sentido, assim da saúde bucal, com certeza teria uma brechinha maior. Com a presença dos estagiários da FOP aqui, aí sim, se torna mais frequente. Quando elas vêm eu deixo por conta delas.

DSC da ideia central C- Não, não tenho falado em saúde bucal nas visitas domiciliares As prioridades são outras

Sinceramente não. É muita informação que a gente tem que passar já do dia-a-dia como falar da dengue, falar da tuberculose, da hanseníase. Então, eu falo muito pouco porque a gente acaba falando mais sobre a dengue porque nós estamos num momento crítico da dengue.

A gente faz mais busca ativa dos hipertensos, as gestantes, as crianças. Estamos pesquisando as coisas rotineiras que são as crianças, se estão vacinadas ou não. Na parte de saúde bucal nós não somos muito cobrados e nós fazemos o que é mais cobrado. Também temos as gestantes, os hipertensos e as crianças menores de um ano, que são as nossas preocupações maiores. São os grupos de risco.

Talvez, também, até por falta de hábito, porque a gente geralmente faz perguntas sobre doença, a questão da dengue, gestante, falo sobre dengue, sobre outras coisas e acabo esquecendo de saúde bucal.

Falta treinamento

Não. A gente não tem noção nenhuma sobre a saúde bucal, vou ser bem sincera, eu sei que precisa fazer escovação, que precisa usar fio dental, mas a gente não sabe sobre o canal, sinceramente se você me perguntar sobre a saúde bucal eu não sei responder. As vezes o paciente fala que a gengiva dele sangra, que faz bochecho com água oxigenada, mas eu não sei orientar se está correto, o que o paciente deve fazer, tenho que pedir para ir no dentista no posto. Então, um treinamento junto com a dentista, pra que a gente fale mais ou menos a mesma língua, o que colocar, o que falar, no sentido tanto dela para a gente, e da gente para o paciente, aí acho que seria o ideal.

Questão: Nas suas atividades de enfermagem com os pacientes você fala sobre a saúde bucal? Caso sua resposta seja sim, explicar quais assuntos costuma abordar. Caso sua resposta seja não, explicar o por quê? (Questão exclusivamente para enfermeiras)

Categorias

A- sim, costumo falar em saúde bucal

B- Nem sempre costumo falar em saúde bucal

C- Não respondeu

DSC da ideia central A- sim, costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Fala sobre hábitos de higiene e alimentação

Falo. Desde os RNs, quando eles vêm, eu oriento a mãe a fazer a higiene bucal da criança, mesmo que a criança não tenha dente ainda. Eu oriento quanto à higiene oral e amamentação. Falo sobre a limpeza da boca, dos dentinhos que estão nascendo. Também aprendi com a dentista a falar sobre cárie de mamadeira.

Também eu falo da higienização com as mães de bebê na introdução de alimentos a partir de seis meses quando está nascendo os dentes. Com crianças maiores, eu pego as crianças mesmo, a gente olha a boca, a gente fala da higiene, a gente pega a escova e ensina. Então fazemos a orientação de escovação e o uso da pasta sem flúor. Eu gosto de fazer isso, então eu faço isso com bebês e crianças

Fala sobre tratamentos preventivos

As gestantes, elas tem a orientação da primeira consulta para uma primeira avaliação de saúde bucal e o tratamento se for necessário. Nos grupos de gestante tem o dia da saúde bucal que o dentista vem e conversa. Assim eu ponho um dia para o dentista conversar com as gestantes, falar da importância, nas dificuldades tirar as dúvidas.

Em tabagistas a gente sempre acaba olhando se tem alguma lesão na cavidade oral. Inclusive a gente diagnosticou, o CD depois, eu referenciei uma paciente para ele, e ela está em acompanhamento por lesão de língua. Ela é tabagista, e aí acabou acontecendo, era uma lesão, e eu falei vou mandar para dar uma olhadinha, e era um aspecto bem sugestivo. E ela, porque é uma região que as pessoas pouco têm acesso, principalmente quem usa prótese, não é? Quem usa prótese total principalmente, eles não têm a mania de se olhar no espelho e ver, às vezes uma fala "ah a prótese está pegando ali" e não sabe nem o que é que está acontecendo.

Fala sobre agendamento e funcionamento da unidade de saúde

Sim, falo sim. Geralmente a abordagem em relação à saúde bucal ela acontece mais no atendimento à gestante. No atendimento à puericultura é pouca coisa. Às vezes para o hipertenso e diabético. Na consulta normal com as crianças, gestantes, sempre a orientação, olho a boca se tem cárie, se tem dor, para gente já estar encaminhando. As crianças, os escolares que as mães trazem, eu falo "mãe, está vendo, está com plaquinha aqui", então o pessoal sabe ensinar direitinho e tem material. Vou direcionando para o atendimento.

DSC da ideia central B- Nem sempre costumo falar em saúde bucal nas visitas domiciliares

Com relação a adultos e a pessoas, idosos é que a gente fica meio... (em falta), que a gente quase que não tem nenhum trabalho, e é a nossa maior população. O nosso bairro tem muita pessoa idosa, e criança e gestante é bem pouco. Tem bastante cárie, então é uma população que não faz tanta prevenção, então você vê criança, a gente acaba vendo

criança ali de três anos que está quase banguela já com três anos. Então assim, é complicado. A gente acaba ficando mesmo mais na rotina que é gestante e criança.