



“Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família”

por

Patrícia Couto Araújo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa

Rio de Janeiro, dezembro de 2013.



Esta dissertação, intitulada

“Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde da Família”

apresentada por

Patrícia Couto Araújo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Carlos Hubner Moreira

Prof. Dr. Rafael Arouca Höfke Costa

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 19 de dezembro de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A663 Araújo, Patrícia Couto
Trabalho em equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da
Família: a interface entre a equipe de Saúde Bucal e a equipe de Saúde
da Família / Patrícia Couto Araújo – 2014.
109 f. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Alda Lacerda Maria da Costa

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) –
Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio
de Janeiro, 2014.

1. Programa Saúde da Família. 2. Equipe interdisciplinar de
saúde. 3. Saúde Bucal. 4. Saúde holística. I. Título.

CDD – 22. Ed. – 362.12

Aos meus pacientes

AGRADECIMENTOS

Sou grata...

Ao meu bom Deus, que me preenche infinitamente de força, ânimo, fé e coragem quando estes me parecem me faltar.

À Divina Mãe Maria, que com seu olhar brando e cheio de ternura, me consolava através de sua doce imagem fixada à altura de meus olhos na escrivania em que desenvolvi esta dissertação.

Ao meu pai e Professor, *Wantuil*, que me ensinou desde cedo a valorizar o precioso, embora não desprovido de sacrifícios, caminho dos estudos.

“O sacrifício é o ofício de tornar a vida sagrada.”

Trigueirinho

Sem dúvida, a minha maior herança, pai!

À minha amada mãe, *Elizabeth*, que em silêncio me observava e me apoiava de todo o seu coração durante a construção deste trabalho.

Às minhas queridas irmãs, que pela presença amiga, trazem mais sentido à minha vida.

Ao meu Amor, que de longe me espera para finalmente construirmos a nossa família. Estou chegando...

À Professora-Orientadora Alda Lacerda, por me aceitar como sua orientanda, pela amizade, pela confiança em meu potencial e pelas contribuições durante todo o Mestrado.

Ao Professor Luiz Carlos Hubner, por fazer-me despertar, através dos seus ensinamentos ainda na faculdade, o caminho que meu coração desejava seguir.

À Professora Valéria Romano, por ter-nos dado a primeira e inesquecível aula de Metodologias Ativas e por me acolher no momento de maior tensão. Você foi o diferencial deste curso!

Ao Professor Rafael Arouca, que me socorreu gentilmente no momento do desespero estudantil. Foi uma singela, porém decisiva contribuição.

À Jaciana Rossini, minha fiel companheira de trabalho, que partilhou momento a momento minhas dores e as alegrias na construção desta pesquisa.

Às amigas Cláudia Bocca e Juliana Rodrigues, pelo carinho e disponibilidade em ajudar durante todo o desenvolvimento do trabalho.

À Equipe de Saúde Bucal e ao Gerente Jander, da Clínica da Família Rodrigo Roig, que me apoiaram e acreditaram em mim o tempo todo.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade de estudar mais uma vez em uma das mais reconhecidas instituições do mundo.

À Coordenação do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, em especial à Professora Elyne Montenegro Engstrom e ao Carlos Otavio Fiúza Monteiro, por toda a atenção e disponibilidade.

À Secretaria Municipal de Saúde/RJ, especialmente ao Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde Daniel Soranz, que possibilitou, através da parceria com a ENSP, a realização deste Mestrado Profissional.

Aos professores do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde pelos ensinamentos que contribuíram para minha formação e ampliaram meus horizontes.

Aos profissionais participantes do estudo que, apesar do dia a dia atribulado, puderam contribuir para a realização desta pesquisa.

Na busca da plenitude, a incerteza é indispensável, pois que ela fomenta o crescimento, o progresso, significando insatisfação pelo já conseguido. A certeza significaria, neste sentido, a cessação de motivos e experiências, que são sempre renovadores, facultando a ampliação dos horizontes do ser e da vida.

Divaldo Franco

RESUMO

Um dos desafios dos trabalhadores da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) refere-se à integração da equipe de trabalho, revelando dificuldades nesse processo, principalmente no que concerne aos profissionais da odontologia. Os objetivos do estudo consistiram em analisar a integração entre os profissionais da saúde bucal e da saúde da família no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão - RJ, com base na integralidade do cuidado, assim como identificar os aspectos limitantes e os facilitadores do trabalho em equipe. Foram realizados um grupo focal com profissionais da saúde bucal e saúde da família e quatro entrevistas com os gerentes das Clínicas de Família do território. Trata-se de um estudo de caso em que os resultados revelaram que a integração fica limitada por problemas como a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família implantadas; a sobrecarga de trabalho devido ao excesso de demanda espontânea; a cobrança para alcance das metas na lógica da produtividade, entre outros. Foram apontadas como estratégias para integração a possibilidade de ter um cirurgião-dentista por equipe de saúde da família, com a formação de uma equipe multiprofissional única; o incremento da educação permanente com fóruns de discussão sobre o trabalho em equipe; o respeito pela pontualidade das reuniões de equipe; o fortalecimento do nível secundário de atenção; a desmonopolização dos saberes técnicos em odontologia, principalmente para os ACS, entre outros. O trabalho em equipe na ESF surge com um potencial para remodelar as práticas em saúde, na medida em que se conectam os diversos profissionais, tendo como fundamento a integralidade, a democratização das relações de trabalho e o agir comunicativo, com foco nos usuários e suas necessidades em saúde.

Palavras-chave: Trabalho em equipe, Equipe de Saúde Bucal, Estratégia de Saúde da Família; Integralidade.

ABSTRACT

A major challenge that is presented to health professional in the scope of the Family Health Strategy (ESF) refers to the integration of team work, revealing obstacles in this process, especially regarding to Dental Health professionals. The aim of this study was to analyze the issues that hamper or facilitate the integration among Dental Health and Family Health team staff, directed towards the construction of a common health care project in the ESF of the community Complexo do Alemão, located in Rio de Janeiro - RJ. As instruments and procedures for data collection were used one focus group with Dental Health and Family Health professionals and four semi-structured interviews with managers of the Family Health Centers in that community. The results disclosed that the integration process is still in an incipient stage, hampered by issues such as the relation of implementation of one Dental Health team bonded to two Family Health teams that brings up an overburden work due to excessive demand; exhausting requirements for hitting targets, among others. Were identified as facilitating strategies the possibility of having one dentist belonging to one Family Health team composing a single team; the increment of permanent education with discussion around the theme of teamwork, respect for punctuality of staff meetings; the strengthening of secondary care; the democratization of technical knowledge in dentistry, especially toward the health community agents, among others. Teamwork in the ESF comes with a potential for remodeling the health practices, once it connects all professionals involved, considering the communicative action, the comprehensiveness and the democratization of labor relations, focusing on the users and their health needs.

Keywords: Teamwork, Dental Health team, Family Health Strategy, Comprehensiveness

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	13
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
1.1. Atenção Primária à Saúde.....	20
1.2. Estratégia de Saúde da Família (ESF): a reorganização da APS no Brasil.....	24
1.3. Equipe de Saúde Bucal na ESF.....	29
CAPÍTULO 2 – O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE.....	35
2.1. O Trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família.....	35
2.2. Integralidade de cuidado em saúde.....	40
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E ÉTICAS.....	43
3.1. Etapas do estudo.....	43
3.2. Natureza do estudo.....	43
3.3. Campo do estudo: O “caso” Complexo do Alemão.....	44
3.3.1. Unidades de Saúde da Família pesquisadas no Complexo do Alemão.....	48
3.4. Participantes do estudo.....	50
3.5. Coleta de dados.....	51
3.6. Considerações éticas.....	52
3.7. Análise dos dados.....	53

CAPÍTULO 4—DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO COMPLEXO DO ALEMÃO: INTERFACE ENTRE A SAÚDE BUCAL E SAÚDE DA FAMÍLIA.....	55
4.1. Integração entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família.....	55
4.1.1. <i>Ações articuladas no processo de trabalho das equipes.....</i>	<i>58</i>
4.1.2. <i>A Interação entre os profissionais das equipes: em busca do projeto assistencial comum.....</i>	<i>64</i>
4.2. Limitantes da integração.....	67
4.2.1. <i>Dinâmica das equipes.....</i>	<i>67</i>
4.2.2. <i>Perfil do profissional da odontologia.....</i>	<i>70</i>
4.2.3. <i>Estrutural.....</i>	<i>73</i>
4.2.4. <i>Modelo de organização das ações da ESF em Clínica da Família.....</i>	<i>76</i>
4.2.5. <i>Lógica da produtividade x ideologia da ESF.....</i>	<i>80</i>
4.2.6. <i>Fragilidade da rede de atenção à saúde.....</i>	<i>82</i>
4.3. Caminhos possíveis para a integração.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXO 1 - Roteiro da entrevista.....	110
ANEXO 2 – Roteiro do grupo focal.....	111
ANEXO 3 - Carta de autorização.....	112
ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissional).....	113
ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gerente).....	115

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras:

- Figura 1.** Imagem-satélite da área do bairro do Complexo do Alemão.....45
- Figura 2.** Município do Rio de Janeiro, segundo as 10 áreas programáticas que o compõe.....47
- Figura 3.** Mapa de Complexo do Alemão, segundo 5 Unidades de Saúde da Família.....49

Quadros:

- Quadro 1.** Teto e implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na ESF, Brasil. Julho a Agosto de 2013.....31
- Quadro 2.** Teto e implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na ESF, município do RJ. Julho a Agosto de 2013.....46
- Quadro 3.** Caracterização das USF do Complexo do Alemão participantes.....49
- Quadro 4.** Medidas de intervenção para facilitar o trabalho em equipe integrado entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família.....92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em saúde
- ACS – Agente comunitário de saúde
- AP- Área Programática ou Área de Planejamento
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ASB- Auxiliar em saúde bucal
- CAP- Coordenação de Área Programática
- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CD – Cirurgião-Dentista
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- LRPD- Laboratório Regional de Prótese Dentária
- MS – Ministério da Saúde
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OS- Organização Social
- PAC- Programa de Aceleração do Crescimento
- PNAB- Política Nacional de Atenção Básica
- PNSB –Política Nacional de Saúde Bucal
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SB – Saúde Bucal

SF - Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em saúde bucal

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

USF – Unidade de Saúde da Família

USB- Unidade Básica de Saúde

VD- Visita Domiciliar

INTRODUÇÃO

O Brasil tem sido palco de manifestações de rua que culminaram em intenso debate na sociedade sobre políticas e serviços públicos, dentre eles a saúde. Em uma época em que se supervalorizam as máquinas, os exames e a tecnologia, o artigo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹ reforça a ideia da necessidade de se reconhecer que saúde se faz com gente. A assistência à saúde é dependente de todos trabalhadores da saúde e da capacidade de produzir o cuidado.

Diante desse contexto é que gestores, profissionais da saúde e sociedade em geral vêm se esforçando para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma organização assistencial capaz de responder às necessidades da população. Nesse bojo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenhada inicialmente como um programa focalizado dirigido a grupos específicos da população, vem se apresentando como estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde (APS)² no Brasil.

A composição das equipes da ESF vem sofrendo modificações ao longo dos anos. Quando lançadas, eram compostas por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que receberam o nome de equipe de saúde da família³. No ano de 2000, a equipe de saúde bucal, formada por um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal, foi incorporada à ESF. Inicialmente, foi adotada a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família implantadas⁴.

A ESF tem como premissa a aplicação plena dos princípios do SUS, notadamente os da universalidade, equidade, integralidade e do controle social. Nesse contexto, as práticas de saúde bucal na ESF devem se processar no sentido da atenção integral, dentro da perspectiva dos ciclos de vida das famílias, num processo de construção de novas práticas de saúde coletiva⁶.

Uma das diretrizes normativas típicas da ESF é aquela que pressupõe o trabalho em equipe multiprofissional, integrado e interdisciplinar para a reorganização das ações

¹ A partir de junho de 2003, a Portaria nº 673/2003⁵ atualizou as normas estabelecidas anteriormente, definindo que o gestor municipal tem autonomia para definir o número de equipes de saúde bucal a serem implantadas, desde que não ultrapasse o número de equipes de saúde da família.

em saúde e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutive². Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto final deve ser fruto de um trabalho que se desenvolve com a contribuição das diversas áreas e saberes profissionais para dar conta da complexidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Entretanto, estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF revelaram: um baixo grau de interação entre as categorias profissionais ficando restrito basicamente aos momentos de reunião de equipe⁷; um processo de trabalho baseado na “linha de montagem”, no qual cada um exerce sua função sem pensar na sua inserção dentro de um grupo, provocando conflitos na busca de consensos coletivos⁸; e, uma atuação das equipes de saúde da família com ações fragmentadas, desarticuladas e individualistas⁹.

Apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, é possível observar na ESF que os profissionais enfrentam dificuldades para superar as diferenças técnicas e a desigual valorização social dos trabalhos especializados¹⁰.

Esta realidade se evidencia sobremaneira no que tange à interface entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família. Segundo Farias & Sampaio¹¹, a inserção dos profissionais da odontologia tardiamente na ESF, conformando uma equipe a “parte” agudizou ainda mais as contradições já existentes no cotidiano de trabalho entre médicos e enfermeiros e entre profissionais de nível superior e médio.

Os resultados de alguns estudos recentes^{11,12,13} referentes à inserção da equipe de saúde bucal na ESF têm demonstrado que os odontólogos não participam de forma integrada na equipe e, portanto, a articulação entre as ações dos membros da equipe não acontece de maneira sistemática, como parte inerente ao processo de trabalho. Na maior parte das vezes, a integração no processo de trabalho entre os profissionais das equipes (de saúde bucal (SB) e de saúde da família (SF)) restringe-se ao encaminhamento de casos clínicos entre seus membros e o desenvolvimento do trabalho em equipe não acontece de forma habitual¹⁴.

Cabe aqui uma ressalva que precisa ficar clara: ao se falar nesta pesquisa de integração entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família, não significa o mesmo que dizer integração entre as equipes. Essa observação é necessária porque muito rapidamente este específico recorte tem a capacidade de se

interpor nos raciocínios, e assim, reduzir as possibilidades de integração entre os profissionais à dimensão das equipes (“bucal” e “geral”). Integrar “duas” equipes seria reafirmar que saúde bucal e saúde geral são dois objetos paralelos e diferenciados que poderiam trabalhar separadamente, porém de forma integrada. Essa tendência, ao contrário, já provou que vai contra a uma resposta integral e equilibrada às necessidades da saúde, correndo-se o risco de se repetir o modelo de atenção desumanizado e fragmentado, justamente o oposto do que se deseja com este estudo. No entanto, se por um lado saúde bucal e saúde geral não se diferenciam, por outro lado, faz-se necessária a integração entre os profissionais que, devido à normativa da ESF, se encontram em equipes separadas.

Desta forma, esta pesquisa baseada nas contribuições de Peduzzi^{15,16}, entende como integração entre os profissionais das equipes (equipe integração), uma modalidade de trabalho coletivo em que se configuram conexões entre as intervenções técnicas e a interação dos sujeitos. Fundamenta-se em um certo conhecimento sobre o trabalho do outro e na valorização das contribuições deste na produção de consensos em relação aos objetivos e resultados a serem contemplados, consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional tem sido avaliado como uma alternativa para lidar com a crescente especialização na saúde que tende a aprofundar o conhecimento e distanciar os profissionais com as mais distintas capacitações. Pinheiro¹⁷ aponta que, a interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema pode ser concebida como uma ação social que resulta na integralidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica¹⁸, em seus os princípios e diretrizes gerais, assinala que:

*(...)um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe*¹⁸ (p.3).

O interesse em torno do trabalho em equipe tem acompanhado minha trajetória pessoal como cirurgiã-dentista da ESF. Enquanto profissional no contexto da residência em Saúde da Família, em 2008, me deparei com o desafio da integração em uma equipe

multiprofissional. Em 2010, ingressei em uma equipe de saúde bucal em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no Complexo do Alemão, município do Rio de Janeiro-RJ, e ao me apropriar mais do processo de trabalho desenvolvido entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família, observei a dificuldade de integração entre eles com vistas à construção de um projeto assistencial comum.

Algumas vezes, tive dificuldade de trocar com a equipe as experiências que eu presenciava atendendo usuários na clínica odontológica, que a meu ver necessitavam de uma construção do cuidado em conjunto, já que, por exemplo, não me fazia nenhum sentido monitorizar a “saúde bucal” de uma criança e negligenciar os maus-tratos que ela vivenciava dentro de casa. Uns dos motivos que impediam as trocas entre os profissionais se deviam ora pela falta de tempo, de espaço, ora de interesse, que no final me deixavam com a sensação de que meu trabalho isolado era contraprodutivo e ineficiente. Em outras situações percebia que se o foco da atenção não se direcionasse especificamente à boca, havia um estranhamento e distanciamento entre os profissionais na construção do cuidado dos indivíduos e famílias. Para ilustrar, cito as visitas domiciliares em que eu somente era “convocada” quando o assunto girava em torno das necessidades bucais das pessoas. Qualquer outro tema em torno da vida e saúde dos usuários era normalmente orientado aos outros profissionais, sobretudo aos médicos, ainda que tais situações não ocorressem de forma intencional ou mesmo consciente por parte dos trabalhadores, mas coerente com a lógica hegemônica medicocentrada.

Assim como afirmam Franco & Merhy¹⁹, nada garante que haverá a recomposição dos trabalhos parcelares, com a ruptura da dinâmica medicocentrada, pelo fato de existir um conjunto de diferentes profissionais atuando em um mesmo lugar, devendo ser construída no cotidiano das relações de trabalho entre os diversos profissionais. A fim de superar a fragmentação das atividades no interior das Unidades de Saúde, visando à integralidade do cuidado, Mattos²⁰ ressalta o imperativo de certa horizontalização nos modos de organizar os serviços, sobrepujando o isolamento dos saberes.

O objeto da presente pesquisa é o processo de trabalho desenvolvido em equipe na ESF, a partir da integração entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família da ESF no Complexo do Alemão. Parte-se do pressuposto que a articulação entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família na perspectiva da

equipe integração não acontece de forma espontânea no processo de trabalho, pois existem desafios e obstáculos inerentes a esta integração que precisam ser superados.

Diante do exposto, algumas questões norteiam a pesquisa, a saber: Como vem se dando a integração entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família no cotidiano do trabalho da ESF, sob a ótica dos trabalhadores envolvidos? Os profissionais estão conseguindo articular suas ações e interagir entre si com vistas à construção de um projeto assistencial comum? Quais são os limitantes e facilitadores para desenvolver um trabalho em equipe integrado?

O objetivo geral é analisar a integração entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão- RJ, com base na integralidade do cuidado. Os objetivos específicos consistem em: Identificar a relação entre os profissionais da equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família nas atividades realizadas no cotidiano de trabalho coletivo da ESF; Investigar os aspectos limitantes da integração entre os profissionais das equipes; e Analisar os facilitadores deste processo com vistas a um trabalho em equipe integrado.

A escolha do “caso” Complexo do Alemão como local do estudo buscou conciliar as limitações frente ao contexto do meu trabalho há três anos em uma Unidade de Saúde da Família nesse território com o caráter de um Mestrado Profissional, que enfatiza estudos e técnicas diretamente voltadas à qualificação profissional e inovação das práticas no serviço.

A pesquisa visa contribuir para que os profissionais e gestores reflitam acerca da qualidade das ações realizadas no trabalho em equipe desenvolvido na ESF, a fim de encontrarem alternativas de integração dos serviços, de planejamento e organização conjunta do trabalho de modo a superar a atuação independente e isolada com a mera justaposição de ações. Isto é, a avaliação realizada pela equipe multiprofissional sobre os achados desta pesquisa podem servir de monitoramento e reorientação do serviço das Unidades estudadas e de outras com equipes SB e SF implantadas, em busca da qualidade da atenção.

A dissertação se organiza em quatro capítulos seguidos das considerações finais. No primeiro e no segundo capítulo abordou-se o marco teórico com conceitos necessários à compreensão do estudo. O capítulo 1 abordou sobre a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, como um modelo prioritário e substitutivo no

Brasil com intuito de reorganizar as ações em saúde no nível da APS, focalizando o contexto e as características da “saúde bucal” na ESF. O capítulo 2 explanou sobre o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado em saúde, a partir da problematização do objeto de estudo. No capítulo 3, encontram-se as considerações metodológicas e éticas, explicitando a natureza do estudo, o detalhamento do campo e dos participantes. Além da exposição do conjunto das técnicas utilizadas para coleta de dados e do quadro analítico escolhido. A discussão dos resultados foi apresentada no capítulo 4, tendo como eixo de análise o marco teórico e a literatura acadêmica relacionada ao tema em questão. Ao final foram feitas algumas considerações sobre o trabalho em equipe multiprofissional no contexto da ESF.

CAPÍTULO 1- Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

1.1. Atenção Primária à Saúde

O conceito de saúde reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), compreendido como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas sinônimo de ausência de enfermidade foi definido durante a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, no ano de 1978²¹. A saúde passou a ser considerada como um direito humano fundamental não apenas abrangendo os aspectos biológicos, mas também os psicossociais.

A Conferência de Alma-Ata mobilizou um “movimento internacional de Cuidados de Saúde Primários” nos diferentes segmentos da sociedade - profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil - na busca de respostas para o enfrentamento das desigualdades inaceitáveis em saúde em todos os países. A Declaração de Alma-Ata definiu os valores a serem seguidos: a justiça e a participação social, o direito a melhor saúde para todos, a equidade e a solidariedade²².

Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, estes passaram a instituir mudanças fundamentais na forma como seus sistemas de saúde operavam com o intuito de progredir em relação aos valores definidos em Alma-Ata. Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde passa a ser compreendida como um conjunto de valores e princípios que orientam as pessoas para o centro dos cuidados de saúde. Seus valores e atributos passam a ser recomendados pela OMS

como a opção para se desenvolverem sistemas de saúde equitativos, inclusivos e justos^{21,22}.

Starfield²³ desenvolveu uma abordagem para caracterizar a atenção primária abrangente, definindo quatro atributos essenciais aos serviços da APS. Segundo a autora, o primeiro atributo diz respeito à acessibilidade, constituindo-se como serviço de primeiro contato, ou seja, como porta de entrada do sistema de saúde.

O segundo atributo é a longitudinalidade, definido como a responsabilização pelo paciente com a continuidade da relação equipe/indivíduo ao longo da vida. A continuidade da atenção proporciona um maior conhecimento entre profissionais e indivíduos, o que permite uma relação humanizada e atenção mais integral, proporcionando maior satisfação dos usuários. De atenção centrada no indivíduo e na família, a APS tem capacidade de oferecer atenção a amplo espectro de necessidades, considerando-se as esferas orgânicas, psíquicas e sociais de saúde. Neste caso, a participação comunitária é essencial aos serviços de saúde, já que o processo saúde/doença será identificado e analisado considerando os fatores sociais, culturais e ambientais da população.

O terceiro atributo, denominado integralidade, requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias. Mesmo que não ofereça diretamente, as Unidades de APS devem garantir, por meio de encaminhamentos, o acesso aos serviços especializados.

Giovonella & Mendonça²⁴ assinalam que para garantir a integralidade “*os serviços de atenção primária devem assumir a responsabilidade pela coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas*”²⁴ (p.585). Desta forma, o quarto atributo da atenção primária, a coordenação dos cuidados, implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.

Em geral, as percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema local e de saúde se dividem em categorias, como por exemplo, em países da Europa e em outros países ricos industrializados, a APS foi vista essencialmente como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população. Como tal, ficou sendo referida mais comumente como “Atenção Primária”²⁵. Já, nos países em desenvolvimento, a APS foi, em geral, implementada em sua forma “seletiva” por iniciativas e financiamentos de agências internacionais, e, assim, a APS passou a designar um pacote de intervenções de

baixo custo, com poucas intervenções de alto impacto para o controle de determinados agravos²⁶.

A APS é complexa e demanda um conjunto amplo de saberes para ser resolutive, devendo basear-se na intersectorialidade associada à educação em saúde, com programas voltados aos ciclos de vida, ao saneamento ambiental, à prevenção e tratamento das doenças mais comuns²³. Para alcançar os seus objetivos e ser efetivamente uma estratégia de mudança dos sistemas de saúde, a APS necessita de profissionais que assumam posturas distintas das de hoje vigentes. Neste sentido, são exigidos profissionais generalistas em atividades interdisciplinares com outros profissionais, buscando sempre a participação da comunidade para que esta desenvolva a autonomia e o autocuidado².

Importa ressaltar que durante muito tempo o modelo de atenção à saúde no mundo foi influenciado pelo Relatório Flexnerⁱⁱ, idealizado nos Estados Unidos em 1910, o qual embutiu na medicina a ideia da qualidade da formação profissional diretamente relacionada à capacidade de dominar e aplicar corretamente os princípios das disciplinas biológicas e da clínica médica, com ênfase nos hospitais²⁷. Esse modelo ficou conhecido como modelo flexneriano ou medicina científica ou biomedicina.

Em relação à prática médica propagou-se o conceito de que ela é proporcional ao tempo de contato que seus agentes têm em laboratórios de ciências biomédicas e em clínicas hospitalares bem equipadas. Tal ideário de ensino se impôs ao resto do mundo no decorrer do século XX, fixando o foco da assistência na doença, realizada de maneira individual, fragmentada e especializada.

Pode-se considerar, portanto que, a APS é uma inversão das ações em saúde, de uma abordagem curativa, fragmentada e medicocentrada, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída coletivamente por todos os profissionais de saúde.

Foi na década de 1970 que o modelo assistencial hegemônico com foco em características individuais e biológicas do adoecer entrou em crise no Brasil. Nesta época, o centro do modelo da atenção priorizava as especialidades e o hospital, os quais

ⁱⁱ O Relatório Flexner pretendeu a reformulação do ensino médico no século XX na Faculdade de Medicina de Johns Hopkins. Foi publicado em 1910, conjuntamente com a Fundação Carneger dos Estados Unidos. O modelo flexneriano expressa um conjunto de práticas baseadas no mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, curativismo e gestão tecnocrática²⁷.

se constituíam em porta de entrada do sistema, resultando em um modelo caro, ineficiente, segmentado e desumano²⁸. O alto grau de insatisfação frente às evidências dos limites da biomedicina fez com que gestores, profissionais de saúde e população concentrassem esforços em busca de caminhos que reverteressem esse quadro, abandonando a fragmentação do cuidado, centralizando o usuário-cidadão como um ser integral.

Paim²⁹ destaca que o quadro geral de insatisfação culminou na década de 1970 com o advento da Reforma Sanitária, um movimento da população civil que reivindicava direitos sociais e de saúde, que resultou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986. Esta Conferência contou com a participação efetiva de representantes da sociedade civil, grupos de profissionais e dos partidos políticos, que pretendiam produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante. O desejo de transformação social predominante no processo da Reforma Sanitária materializou-se com a formulação do Sistema Único de Saúde³⁰.

O marco legal da reorganização do sistema de saúde no Brasil se dá com a inscrição, na Constituição Federal de 1988³¹, dos princípios e diretrizes do SUS em que a saúde passa a ser compreendida como um direito de todos e dever do Estado. O SUS tem o propósito de reduzir o hiato entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. Imbuídos de seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social, a saúde passou a ser vista por meio de um conceito ampliado que norteou a mudança progressiva dos serviços.

Diante deste quadro, foi adotada a Estratégia de Saúde da Família para reorganizar a prática assistencial mediante uma política de universalização do acesso no contexto da atenção primária. Paim²⁹ afirma que o PSF surgiu como um resgate histórico de programas voltados para a saúde do grupo familiar, como um “movimento político” de mudanças no modelo assistência. No entanto, o quadro da saúde no momento da formulação do PSF não era favorável ao desenvolvimento de propostas inovadoras no setor. Os anos 90 apresentavam uma crise da saúde com queda do financiamento, irracionalidade, exclusão social e problemas de imagem do sistema perante seus usuários.

Apesar da concepção “europeia” projetada pelos legisladores constituintes de 1988, o PSF demonstrava evidências de uma verdadeira “americanização”, na lógica neoliberal, especializando-se em um pacote básico para os mais pobres, enquanto ao mercado ficava reservada a atenção aos mais abastados e capazes de remunerar serviços diretamente ou mediante seguroⁱⁱⁱ.

A ESF surge como um modelo para organizar a atenção primária à saúde, sinônimo de atenção básica no Brasil^{iv}, e coordenar o cuidado para os demais níveis de atenção¹⁸.

1.2. Estratégia de Saúde da Família: reorganização da APS no Brasil

Em recente pesquisa concedida à Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Mendes³³ afirma que a APS avançou muito no Brasil. O autor identifica sete ciclos de evolução da APS. O 1º ciclo inclui os centros de saúde-escola nos anos 20, o 2º se refere ao modelo da fundação SESP, nos anos 40, e o 3º ciclo aos centros de saúde estaduais nos anos 60. O 4º ciclo se refere ao modelo da medicina simplificada nos anos 70, o 5º ciclo às ações integradas de saúde nos anos 80 e o 6º ciclo à municipalização da APS no início dos anos 90. O 7º ciclo, por sua vez, denominado de ciclo da Atenção Básica à Saúde, teve início em 1994 com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), vigente até o atual momento.

O PSF foi inicialmente concebido como um programa, porém no decorrer de sua implantação e expansão em todo território nacional passou a ser considerado uma estratégia para reorganizar a atenção básica em todo o país, sendo denominado “Estratégia de Saúde da Família”³⁴. Era importante romper a associação da denominação “programa” com a ideia de verticalidade e transitoriedade.

A ESF é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como a principal estratégia para substituição do modelo tradicional de assistência, através da reorganização,

ⁱⁱⁱ A expressão “universalização excludente” ficou conhecida para qualificar a associação entre uma “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de indigentes e uma “exclusão por cima”, mediante a qual a classe média em geral renuncia à assistência pública pelo SUS, em busca de atendimento mais qualificado nos planos de saúde.

^{iv} Atenção básica em saúde foi a designação brasileira para a APS, no intuito de construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção seletiva desse nível de atenção veiculada por organismos internacionais³².

qualificação e consolidação da atenção básica no país³, de acordo com os preceitos do SUS. A Saúde da Família fixou como um dos seus pilares o foco da atenção na família e seu espaço singular, o domicílio³⁵.

A abordagem familiar como proposta nacional teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), estabelecido em 1991 pelo MS, considerado um precursor do PSF³⁶. A intenção inicial do governo federal era de expandir a cobertura do PSF, prioritariamente, para áreas geograficamente delimitadas com populações empobrecidas³⁷.

De acordo com Moreira & Franco³⁸, o MS, quando adotou a Saúde da Família como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção, contou com a participação permanente da equipe coordenadora municipal de implantação do Programa Médico de Família (PMF) em Niterói - RJ. Esse município teve a particularidade de buscar no modelo cubano, em 1992, sua referência para implantação do seu modelo de medicina familiar, configurando um desenho metodológico próprio^v, que difere em alguns aspectos da proposta do MS.

A implantação da ESF é realizada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume responsabilidade por uma área geográfica definida formando uma área de abrangência ou área adscrita, permitindo acesso à determinada população a ela vinculada. As equipes multiprofissionais são compostas por no mínimo um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico de enfermagem e seis a doze agentes comunitários de saúde (ACS), para compor a equipe de saúde da família. Quando ampliada, passam a receber a equipe de saúde bucal⁴, composta por um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar em saúde bucal (ASB) e/ou um técnico em saúde bucal (TSB).

Segundo recomendações do MS¹⁸, cada equipe de saúde da família padrão tem um limite de 4 mil pessoas adscritas, com uma média recomendada de 3 mil pessoas. Contudo, Fontenelle³⁹ adverte que o desafio do MS é fazer valer esse limite, pois na prática se desconhece qualquer equipe que tenha sido descadastrada por ultrapassar o limite de 4 mil pessoas.

^v Em relação aos recursos humanos do PMF, este trabalha com a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT), o qual é constituído por um coordenador e uma equipe de supervisores (composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo), que darão apoio técnico e metodológico à equipe básica. Na equipe básica não se tem o trabalhador ACS, sendo composta por médicos generalistas e auxiliares de enfermagem³⁸.

O conceito ampliado de saúde referenciado na VIII Conferência permeou todo o desenvolvimento da ESF, bem como influenciou na mudança da organização do processo de trabalho em saúde². A lógica da ESF se pauta na dinâmica territorial, pois é “*com base no conhecimento do território, dos problemas de saúde e da organização dos serviços que devem acontecer as ações da atenção*”⁴⁰ (p.10).

Moreira & Franco³⁸ ressaltam que é necessário conhecer detalhadamente o território, para além do conhecimento da área de abrangência, mas enquanto território-processo, pois só assim há a oportunidade de definir problemas, prioridades e recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica. Os autores compreendem o território como:

*o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação (e o seu saber preexistente), como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, família, sociedade*³⁸ (p.6).

Além da territorialização, a ESF possibilita a aproximação da equipe de saúde com as famílias, por meio de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos com foco preventivo e de promoção da saúde. A ESF favorece uma mudança do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes da atenção básica, e se destina a ampliar a resolutividade e impacto na qualidade de vida das pessoas e coletividades¹⁸.

No ano de 2006, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualmente revisada e editada pela Portaria nº 2.488/2011¹⁸, que descreve aspectos norteadores do processo de trabalho e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF da seguinte maneira¹⁸:

- Definir o território de atuação e de população sob responsabilidade das equipes e da Unidade Básica de Saúde;
- Eleger o princípio de atuação pautado na vigilância à saúde;
- Prover atenção integral e contínua à população adscrita;
- Priorizar a atenção a grupos e fatores de risco sociais e comportamentais;
- Realizar o acolhimento com escuta qualificada;
- Realizar atenção domiciliar e trabalho interdisciplinar e em equipe, de forma a elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;

- Articular com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde.

Neste sentido, as equipes de saúde devem encontrar equilíbrio entre a resolutividade clínica individual, e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional. Ficam responsáveis por mapear a área e identificar famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizado o cadastramento das famílias; coordenar o cuidado com outros pontos de atenção à saúde; realizar reuniões de equipe; acompanhar e avaliar as ações implementadas; participar das atividades de educação permanente; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

É de responsabilidade da equipe multiprofissional prestar assistência integral, efetiva, contínua e de qualidade, considerando a perspectiva da família, através de abordagem interdisciplinar, planejamento de ações e compartilhamento de decisões. O planejamento e a programação da equipe multiprofissional, realizados com base no diagnóstico situacional, são voltados para assistência contínua às famílias cadastradas.

Rodrigues⁴¹ afirma que o diagnóstico situacional deve identificar situações de risco à saúde na comunidade assistida, para que os determinantes do processo saúde/doença sejam enfrentados com a corresponsabilidade das famílias e comunidade. Desta forma, conforme pontua Merhy⁴², a família passa a ser foco de mais de uma disciplina dentro das ciências sociais, em que os profissionais devem se adaptar à forma de comunicação e respeitar a organização daquela família, conhecendo a maneira como cada um de seus membros percebem uma situação problema.

Segundo Souza⁴³, na medida em que se atua no indivíduo, considerado como o caráter menor da clínica, estaria se atuando em corpos de sujeitos que se reproduzem coletivamente. A autora considera que não há separação entre individual e coletivo, família e sociedade, a não ser em esquemas didáticos e pedagógicos para sistematizar as ações dos profissionais. O efeito individual é também coletivo, e vice-versa, o que significa que quando se trabalha na clínica também está se tratando de sujeitos coletivos.

Retomando Mendes³³, o autor sinaliza que alguns estudos têm levantado a hipótese da fragilidade da ESF como forma de organizar a APS, ficando claro um sentimento de desencanto com a ESF, seja porque é um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque é um modelo no qual prevalece uma visão de APS seletiva. Esse sentimento expressa-se em diversas propostas de

substituição ou de flexibilização da ESF que, embora pareçam contemporâneas, são propostas retrocedentes que poderiam agravar a crise que o SUS vem passando, prejudicando a sua política mais consequente que é a ESF³³. Para o autor, não foi a Estratégia que fracassou, mas sim o esgotamento do ciclo da Atenção Básica, decorrente da permanência de problemas que não foram superados na estruturação dessa política de APS. Dentre alguns dos problemas enunciados e não superados destaca a carência de infraestrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, a ausência de equipe multi e interdisciplinar, os entraves educacionais na graduação e na pós-graduação e a precarização nas relações de trabalho.

Segundo Mendes³³, esses problemas merecem ser superados com a inauguração do oitavo ciclo de desenvolvimento da APS no SUS que, para ser coerente com a experiência internacional, deveria nomear-se ciclo da Atenção Primária à Saúde. Este ciclo se caracterizaria por aceitar a ESF, além do discurso oficial, a partir das evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política de APS no SUS.

As principais modificações da APS, atualmente, estão na sua consideração como estratégia de reordenamento dos sistemas de atenção à saúde, superando as visões ideológicas da atenção primária seletiva e colocando-a como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde³³. Assim, essa nova APS teria de exercitar-se de acordo com os atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e responsabilização pela saúde das populações adscritas²¹.

Uma inovação importante no contexto de recursos humanos da ESF refere-se ao agente comunitário de saúde (ACS) que, por ser oriundo e morador da região onde se instala a USF, aproxima a equipe de saúde da população, de suas expressões locais, mitos e culturas. A aproximação da população através das visitas domiciliares permite o estabelecimento de vínculo, o que, conseqüentemente, facilita a adesão da população às ações e aos serviços de saúde. Uma prática alicerçada no vínculo permite que o serviço de saúde acompanhe e identifique os resultados do trabalho de cada profissional e também a responsabilização para com os usuários, conduzindo a maiores ganhos de autonomia das famílias⁴⁴.

A articulação dos olhares dos diferentes trabalhadores da equipe da ESF, que possui a singularidade da presença dos ACS, possibilita o desenvolvimento de ações que ultrapassam a racionalidade da assistência curativa, centrada na resolução imediata

de problemas de saúde individuais, que embora não deva ser desprezada, tem se mostrado insuficiente para impactar a qualidade do cuidado prestado à população.

No que concerne ao cirurgião-dentista atuante na ESF, Leite et al.⁴⁵ afirmam que para atender à nova lógica de assistência, este profissional deve possuir formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautando suas ações de acordo com a compreensão da realidade socioeconômica e cultural das famílias adscritas.

O trabalho com famílias introduz uma nova lógica para os profissionais da odontologia, rompendo com a prática histórica essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho individualista e curativista restrito ao ambiente clínico-cirúrgico⁴⁶.

1.3. Equipe de Saúde Bucal na ESF

Historicamente, os serviços odontológicos públicos no Brasil construíram suas estruturas organizacionais e operacionais com certo distanciamento do setor saúde como um “todo”, reproduzindo os elementos da prática biomédica hegemônica, marcadamente individualizada e curativista, restringindo o ofício do cirurgião-dentista ao seu equipamento odontológico^{47,48}.

O modelo biomédico tem como foco o corpo desmembrado em partes à semelhança de uma máquina artificial, com o reforço da especialização e do cuidado médico-hospitalar. Esse modelo se caracteriza principalmente pela utilização intensiva de tecnologias duras, por desvalorizar dados subjetivos e supervalorizar os dados de exames complementares, supostamente mais objetivos. Além disso, estabelece dicotomias entre abordagem preventiva e curativa; saúde individual, saúde familiar e comunitária; saúde física e mental; cuidados hospitalares e ambulatoriais.

A odontologia, ao final do século passado, carregou uma grande contradição que foi retratada na evolução técnica desta especialidade, com novos equipamentos e medicamentos, porém com alcance social mínimo, o que tornou cientificamente questionáveis as medidas de intervenção. Baseada nos saberes tradicionais da biologia, a odontologia manteve práticas de alta complexidade com ênfase nos procedimentos curativos e muitas vezes iatrogênicos. Tais práticas vêm atravessando gerações no âmbito dos serviços públicos^{49,50}.

Segundo o relato de alguns autores^{51,52}, a autorização da inclusão dos profissionais da odontologia na ESF se deu em resposta à comoção das autoridades

sanitárias brasileiras frente aos alarmantes resultados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizada em 1998, que relatou a existência de 29 milhões de brasileiros que nunca tinham consultado um cirurgião-dentista.

Bartole⁵³, ao realizar uma pesquisa analisando a retórica dos documentos que compuseram o processo de formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), considera que a entrada da saúde bucal na agenda federal aconteceu de forma gradativa, em dois momentos.

O primeiro momento se deu com a indução financeira do MS para a contratação das “Equipes de Saúde Bucal” pela Portaria nº 1.444/2000⁴, sendo regulamentada pela Portaria nº 267/2001⁵⁴. Os profissionais incluídos nas equipes de saúde bucal, inicialmente, poderiam ser distribuídos na modalidade I: um CD e um ASB ou na modalidade II: 1 CD, 1 ASB e 1 TSB. Posteriormente, com a Portaria nº 3.012/2012⁵⁵ redefiniu-se a composição dessas equipes, em que o ASB pode ser substituído pelo TSB, segundo as seguintes modalidades:

I - CD generalista ou especialista em saúde da família e ASB ou TSB;

II- CD generalista ou especialista em saúde da família, TSB e ASB ou outro TSB.

Ainda nesta publicação, ficou definido que profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel⁵⁵.

Com a criação de um incentivo financeiro específico, o MS pretendia alterar as características da prática odontológica na atenção básica, no sentido de romper com o isolamento do cirurgião-dentista e ampliar o acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial⁴.

No entanto, o paradigma biomédico parece estar presente na estrutura normativa da ESF, explicando a inclusão tardia dos profissionais da odontologia e sob a conformação de uma equipe paralela, recortada e dissociada da já existente equipe de saúde da família. A quebra da unidade das equipes leva a crer que se manteve a lógica fragmentadora praticada ao longo dos anos na assistência à saúde.

Segundo Baldani et al.⁵⁶, a divisão técnica das equipes pode ter acarretado prejuízos no processo de integralização dos profissionais das equipes. Nesse sentido, converge-se com a opinião de Bartole⁵³ quando ela questiona: “*Como podemos falar em saúde geral, se começarmos prontamente a desmembrá-la?*”(p.12). Tal “desmembramento” ficou evidente quando, ao se criar o incentivo financeiro para a

inclusão da odontologia, um município só podia montar uma equipe de saúde bucal para cada duas de saúde da família implantadas. O número que ultrapassasse essa proporção não receberia recursos do MS⁴.

A necessidade de se rever o incentivo financeiro às ações de saúde bucal na ESF culminou com a Portaria n^o 673/2003⁵, a qual estabeleceu que poderiam ser implantadas tantas equipes de saúde bucal quantas fossem as equipes de saúde da família em funcionamento nos municípios. Todavia, dado o tempo transcorrido de 10 anos desde o lançamento dessa Portaria em 2003 até os dias atuais, ainda se observa a desigualdade na quantidade de equipes SB (22.722) e equipes SF (34.216) implantadas, indicando que vem sendo mantida a relação inicialmente adotada de 2 equipes SF para 1 equipe SB (quadro 1).

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal	
			Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I	Modalidade II
					Implantadas	Implantadas
2013	07	193.976.530	34.185	55,73	20.571	2.059
2013	08	193.976.530	34.216	55,77	20.636	2.086

Fonte: MS/Superintendência de Atenção Primária (SAS)/Departamento de Atenção Básica (DAB)⁵⁷

Entretanto, a Portaria n^o 3.840⁵⁸, lançada no ano de 2010, incluiu a saúde bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica, ficando estabelecido o indicador de cobertura populacional estimada das equipes SB da ESF, que visa à ampliação do número dessas equipes no país. Permanece, portanto, o desafio de equiparação numérica entre as equipes (SB e SF), ampliando a cobertura da ESF. Além do indicador de cobertura, esta Portaria destaca outro indicador que diz respeito ao “aumento da prevenção das doenças cárie e periodontal, medido através da quantidade de ações coletivas de escovação dental supervisionada”⁵⁸. Cabe aqui uma reflexão, em termos desse segundo indicador de prevenção das principais doenças bucais, como a cárie. É amplamente estudado^{59,60,61} e difundido o impacto relacionado à quantidade e frequência do consumo do açúcar, associado a outros fatores, ao equilíbrio saúde/doença cárie. No entanto, ainda não se vê em nível governamental um indicador de controle do consumo deste alimento.

O segundo momento da entrada da saúde bucal na agenda federal, sinalizado por Bartole⁵³, sucedeu no ano de 2004, a partir da criação do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no SUS⁶, instituído pelo Programa “Brasil Sorridente”. Segundo o discurso oficial, os resultados insatisfatórios do Projeto SB Brasil 2003, referente ao levantamento epidemiológico do perfil de saúde bucal da população brasileira, empenharam o Governo Federal em ampliar a cobertura e o acesso da população aos serviços da odontologia⁵³.

Pucca Jr.⁶² afirma que o Brasil Sorridente é a política de saúde bucal do SUS, e que teve como objetivo desenvolver um conjunto de ações maiores do que apenas incentivos isolados concedidos à saúde bucal até o ano de 2002. O Brasil Sorridente se estrutura em quatro frentes de ação, cuja primeira é a reorganização da atenção básica, através da ampliação da atenção, pelas equipes de saúde bucal e do leque de procedimentos clínicos ofertados na atenção básica do SUS.

A segunda frente são os incentivos às ações especializadas através da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em conjunto com a Fundação Nacional de Saúde, a fluoretação das águas de abastecimento público é a terceira frente de ação, como uma medida de promoção da saúde. A quarta frente, aspirando medidas reabilitadoras, instituiu a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Dentre as diretrizes do Brasil Sorridente, destacam-se: o cuidado como eixo de reorientação do modelo; a humanização do processo de trabalho; o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso; o trabalho interdisciplinar e multiprofissional; a integralidade e a intersetorialidade por meio de ações complementares voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos; a utilização da epidemiologia e do território para subsidiar o planejamento⁶³.

Arouca⁶⁴ afirma que vivemos um momento de expansão das ações que consubstanciam as diretrizes da PNSB, a partir um incremento na quantidade de CEOs implantados pelo país, visando à ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária em saúde bucal, cuja capacidade de oferta sempre foi pequena. No entanto, em sua pesquisa em 2010, cujo objetivo foi descrever o perfil demográfico da força de trabalho disponível nas especialidades odontológicas existentes no Brasil, o autor

identificou que a força de trabalho odontológica especializada está concentrada nos municípios com população acima de 100 mil habitantes, sendo que 55,9% dos especialistas se encontram sediados no Sudeste (maioria em São Paulo e Rio de Janeiro) e em 63,3% dos municípios brasileiros não há especialistas sediados. Esses achados requerem uma medida de governo que atraia e distribua de maneira menos desigual os especialistas em outras regiões do país.

Quanto ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal, a PNSB assinala que a atuação das equipes de saúde bucal deve sobrepujar o campo biológico, estritamente técnico, em busca de uma ótica multi e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e o respeito mútuo entre as diferentes percepções dos profissionais. Desta forma, o cuidado em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho capaz de se relacionar com o usuário e participar da gestão do serviço para dar respostas às demandas da população.

No entanto, mesmo trabalhando conceitos de integralidade e interdisciplinaridade, a PNSB não aponta para a unificação das equipes, pois enuncia que a equipe de saúde bucal “*deve ser – e se sentir – parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção*”⁶ (p.19). Ao sinalizar que a saúde bucal *deve ser e se sentir parte* da equipe a política reforça que de fato ela não o é!

Bartole⁵³ ressalta que, durante a implantação de um documento (PNSB) que conduziu a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, esse poderia ser um momento ideal para que a saúde bucal se tornasse definitivamente parte integrante da equipe de saúde da família e não o contrário, colocada simplesmente de forma paralela a esta. Entretanto, a autora salienta que isto provavelmente não representava interesse à época do desenvolvimento da PNSB.

Contudo, não tira o mérito que esta política representou perante o avanço à universalidade do acesso aos serviços de atenção odontológica no país, que por mais de 40 anos, se restringiu à modalidade do intitulado Sistema Incremental⁶⁵, auspiciado pela Seção de Odontologia no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A seção de odontologia do SESP instituiu duas modalidades de práticas programáticas nos anos 1950: fluoretação das águas de abastecimento público e a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico na forma de Sistema Incremental. Apesar do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, este modelo de atenção se mostrou, no início dos anos 1970, como um modelo superado, por ser

excludente à medida que priorizava somente os escolares de 7 a 14 anos. Além disso, apresentava uma dicotomia entre prevenção e cura, o que resultou em baixo impacto sobre os níveis de doença bucal⁶⁵. Para o restante da sociedade, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário, as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas⁶⁵.

Pode-se considerar que o conjunto de medidas públicas em saúde bucal nos últimos anos contribuíram para a melhoria dos índices da doença cárie, principalmente nas crianças com 12 anos, como demonstrado no último Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal, denominado SB Brasil 2010⁶⁶, cujo objetivo foi analisar a situação da saúde bucal da população brasileira a fim de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, nas três esferas de governo.

Entretanto, o levantamento demonstrou que o grave problema do alto índice de edentulismo com necessidades de próteses, particularmente nos idosos, revelado no levantamento anterior de 2003^{vi}, permaneceu o mesmo sete anos depois. Este panorama faz refletir que a população adulta e idosa não tem recebido a atenção merecida, carregando a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas, mutiladoras e iatrogênicas, configurando um quadro precário, com ausência de dentes, acúmulo de necessidades de tratamento e grande demanda por serviços protéticos nessa fase da vida⁶⁷. A histórica escassez de atenção odontológica a grupos não escolares convoca para a necessidade de medidas urgentes para promoção da qualidade de vida em adultos e idosos, de maneira que compreenda plenamente suas necessidades e direitos de saúde para um projeto de vida mais feliz.

^{vi} Projeto SB Brasil 2003: condições da saúde bucal da população brasileira. O índice CPO (soma dos dentes cariados, perdidos ou obturados) aos 12 anos, idade-índice utilizada internacionalmente para fazer comparações, foi igual a 2,78 e, no levantamento de 2010, ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos. No entanto, entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com o indicador “perdido” representando a maior parte deste número.

CAPÍTULO 2 – O Trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família e a Integralidade do Cuidado em Saúde

2.1. O Trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família

O processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, ou seja, à dinâmica dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Pela ação do trabalho, ocorre não só uma transformação do objeto no qual incide a ação do trabalhador, mas também dele próprio⁶⁸.

Ao analisar os processos tecnológicos na área da saúde, Merhy⁶⁹ destaca que o trabalho em saúde é um trabalho vivo, que só existe em ato, em ação, no momento do trabalho em si. Portanto, não deveria se expressar apenas através de equipamentos (tecnologias duras) ou de saberes estruturados (tecnologias leveduras), mas deve operar através de tecnologias relacionais, de encontro de subjetividades, através das práticas de acolhimento, vínculo e autonomização^{69,70}, que o autor classifica de tecnologias do tipo leve.

De acordo com Campos⁷¹, é imprescindível que os trabalhadores de saúde se comprometam com o mundo das necessidades dos usuários, explorando o que as tecnologias de saúde detêm de efetividade para modificar o modo de fazer em saúde. Essa construção de compromisso trabalhador/usuário perpassa pela busca da construção de um modelo tecnoassistencial que não deve desprezar nenhum recurso tecnológico, clínico ou sanitário para sua ação.

É importante, conforme lembra Merhy⁶⁹, que se constituam organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, com processos de trabalho cada vez mais compartilhados, buscando um ordenamento das ações coerente com uma lógica usuáριοcentrada, que permita construir cotidianamente vínculos através das intervenções tecnológicas em saúde. Neste enfoque, é pertinente trazer as discussões de Campos⁷¹ sobre núcleo e campo de competência e de responsabilidade. O autor refere-se a núcleo, os saberes específicos de cada profissional que se fazem presentes nas diferentes situações com o desenvolvimento de intervenções técnicas específicas, como por exemplo, no caso do cirurgião-dentista, seria a possibilidade de estabelecer o

diagnóstico individual frente a uma situação clínica e a instituição do tratamento adequado.

O núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, que leva Campos⁷² a trazer a definição de campo de competência, que se entende por saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades. Como exemplo, tem-se o conhecimento que toda a equipe de trabalho deve possuir sobre os princípios básicos do SUS e das diretrizes que norteiam a ESF como a humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

O trabalho em equipe multiprofissional deve operar com os conhecimentos de núcleo e do campo de competência. No âmbito do núcleo, opera-se com a autonomia dos profissionais, que deve ganhar um novo contorno gerando a interdependência dessas autonomias com a flexibilidade nos limites dos saberes, a fim de proporcionar uma ação integral e interdisciplinar⁷³. Essa perspectiva vislumbra a interdisciplinaridade no trabalho em saúde, como o meio de transcender o conhecimento fragmentado das disciplinas isoladas, oferecendo um cuidado mais resolutivo ao usuário, acolhendo-o e produzindo o vínculo⁷⁴. O trabalho interdisciplinar possibilita a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas⁷⁵.

Almeida Filho⁷⁶ aponta que é frequente o uso do termo multidisciplinaridade para referir-se ao trabalho em equipe na ESF, porém ressalta que este não é o termo mais adequado, uma vez que no trabalho multidisciplinar as relações interpessoais acontecem sem que se estabeleçam trocas enriquecedoras e transformadoras entre as especialidades, pois cada um trabalha de maneira isolada. Isto é, cada profissional de saúde aborda um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista, sem se verificar uma cooperação interdisciplinar, o qual leva a fragmentação e a desconexão com a integralidade do usuário.

A interdisciplinaridade, como se almeja, acontece a partir da constatação de que nenhuma disciplina estanque ou autônoma dos profissionais de saúde possui a totalidade dos saberes ou competências suficientes para resolver as demandas de saúde de uma população. O reconhecimento da necessidade da interdependência possibilita a aproximação ou estreitamento entre as partes, a partir de um trabalho coletivo que compartilha saberes, construindo junto teorias, conceitos e abordagens para abarcar a

complexidade que envolve o processo saúde/doença. Resulta em enriquecimento recíproco e na intertransformação de conceitos, embora não isento de conflitos entre atores sociais e categorias distintas em situações de poder compartilhado⁷⁷.

Além da multi e interdisciplinaridade, existe ainda a transdisciplinaridade, que pode ser entendida como a integração das disciplinas de um campo particular para uma premissa geral compartilhada⁷⁷. É estruturada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, com a coordenação assegurada pela finalidade comum e tendência a horizontalização das relações interdisciplinares⁷⁷.

A inter e a transdisciplinaridade surgem como um meio de superar o isolamento das disciplinas, sendo uma ferramenta que deve nortear o trabalho multiprofissional, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade, com o mínimo de hierarquização e divisão técnica na equipe de saúde⁷⁴. Nesta perspectiva, a equipe multiprofissional de saúde tem a oportunidade de compor e reinventar a intervenção coletivamente, dialogando entre si e articulando mutuamente as ações.

No âmbito da atenção primária, a grande inovação da ESF é justamente destacar a reorganização das práticas baseada no trabalho em equipe multiprofissional como um dispositivo para alcançar uma abordagem integral do cuidado em saúde, entendendo-se que essa forma de trabalho representa melhor qualidade de serviços prestados no setor. Segundo Pasche⁷⁸, horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica e construir corresponsabilização não são atos do acaso, mas uma das medidas concretas para a construção de uma gestão democrática^{vii} e compartilhada que se dá a partir do desenvolvimento de um trabalho em equipe.

A intervenção da equipe busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração entre os trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam de forma pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço. Ayres⁷⁹ afirma que a adoção de um trabalho em equipe potencializa a ação interdisciplinar e rompe com uma cultura institucional centrada numa divisão hierarquizada de trabalho na abordagem do processo saúde-doença. No

^{vii} Gestão Democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, da clínica e da saúde coletiva implica necessariamente compartilhamento de poder, portanto das decisões, orientadas por princípios éticos e políticos. Gestão democrática é o princípio que se sustenta sobre práticas, então democráticas, segundo dispositivos e arranjos para tal fim: Colegiados gestores, trabalho em equipe, rodas de discussão, inclusão da rede sócio-familiar dos usuários, Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), entre outros são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada⁷⁸.

entanto, não é suficiente que os trabalhadores compartilhem a mesma situação de trabalho para se constituírem numa equipe integrada, tampouco basta estabelecerem relações pessoais cordiais para alcançarem a integração dos respectivos trabalhos especializados, tendo em vista a integralidade do cuidado⁷⁵.

Ao estudar a equipe multiprofissional e o trabalho em saúde que emerge como modalidade de trabalho coletivo, Peduzzi¹⁶ traz a tipologia de trabalho em equipe como equipe agrupamento e equipe integração e aponta como se configura a relação dialética entre intervenção técnica e interações sociais entre os agentes. Para estudar o trabalho em equipe, a autora se fundamenta na teoria do agir comunicativo de Habermas⁸⁰, destacando a dimensão da intersubjetividade do trabalho.

Na modalidade equipe agrupamento ocorre a tendência à manutenção da fragmentação das ações e relações de distanciamento dos trabalhadores entre si e com o trabalho que executam. Já, na modalidade integração, a propensão se direciona para a integração dos trabalhos especializados e, também, dos profissionais que os executam⁷⁵. A autora pontua diferentes critérios para analisar as modalidades de equipe, tais como qualidade da comunicação, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valoração social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum¹⁶.

O projeto assistencial comum trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, constituindo-se um eixo em torno do qual se dá a dinâmica cotidiana de trabalho e de interação. Sem ignorar o modelo dominante de atenção à saúde, materializado pelo projeto assistencial hegemônico, a equipe procede conjuntamente à reelaboração deste, a partir do compartilhamento de outros valores, configurando outro projeto comum capaz de abarcar a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde. Pode-se afirmar que existe um projeto assistencial comum quando todos os profissionais envolvidos em sua elaboração estão de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que o constitui, e por isso pode ser considerado como sinalizador de integração da equipe.

O debate da adoção de uma prática substitutiva no campo da saúde ainda encontra-se incipiente, e mesmo com os esforços em flexibilizar as fronteiras disciplinares do conhecimento e da técnica, ainda se observam grandes dificuldades. Vilela⁷⁸ atribui essas dificuldades ao mito existente de que apenas uma ciência técnica,

objetiva e neutra conduza necessariamente ao progresso, além da existência de obstáculos de ordem psicossocial de dominação dos saberes, uma forte tradição positivista e biocêntrica no cuidado aos problemas de saúde, e a competição dentro da equipe.

Para Franco⁸¹, o que tem prevalecido no interior das equipes é um recorte multidisciplinar, caracterizado basicamente pela justaposição de disciplinas, abordando um mesmo objeto a partir de diferentes pontos de vistas, que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a prevalência dos núcleos de competência de cada categoria profissional que compõe as equipes de saúde da família.

A mudança para uma ação interdisciplinar só será possível quando os profissionais realizarem uma ação flexível, atuando ao mesmo tempo em suas próprias áreas, e executando ações comuns, estabelecendo diálogos e ampliando a definição de tarefas através de pacto construído na própria equipe. As atividades específicas e as comuns compõem o projeto assistencial construído pela equipe.

Uma equipe de saúde da família não significa somente um agrupamento de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, etc; significa um grupo de profissionais engajados numa proposta interdisciplinar de ocupar territorialmente uma comunidade, de modo que a própria população participe ativamente na construção de um ambiente mais saudável para todos⁷⁵.

Especialmente no caso do cirurgião-dentista, sua inserção na ESF pode significar a ruptura histórica do seu isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde⁸².

Em última instância, o processo de trabalho em equipe na ESF deve se converter num veículo de “empoderamento” da população, para constituição de sujeitos ativos, que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador⁸³. Para Campos⁷², os sujeitos sociais envolvidos na reforma dos sistemas de saúde deveriam confrontar com os projetos neoliberais presentes nos modos de gerir os serviços tanto no plano político como produtivo. Para isso, precisariam se comprometer em construir um modelo de atenção orientado pela radical defesa da vida. Esse modelo implica em considerar a saúde como direito de cidadania e fomentar as práticas de integralidade do cuidado no cotidiano da ESF⁸⁴.

2.2. Integralidade do cuidado em saúde

Carvalho⁸⁵ qualifica a integralidade em saúde em duas dimensões, a vertical que inclui a visão do ser humano como um todo: biopsicossocial, de maneira integrada e não dicotomizada; e a horizontal que é a ação da saúde em todas as áreas: promoção, proteção e recuperação e níveis: do primário ao quaternário. Isto é, enquanto eixo condutor das ações na atenção básica, a integralidade deve orientar o olhar do profissional em torno do indivíduo e enxergá-lo como um ser integral e não um agregado de órgãos, buscando a resolutividade em todos os níveis de atenção⁸⁶.

Embora se tenha uma definição legal sobre o conceito da integralidade⁸⁷, Pinheiro⁸⁸ assinala que, para os usuários do SUS, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Neste sentido, a integralidade pode ser entendida como um termo plural, ético e democrático, mas que não se limita ao bom atendimento, já que é preciso que os serviços de saúde tenham qualidade e eficiência⁸⁹.

A ESF, tendo a família como foco, propõe uma compreensão ampliada do binômio saúde/doença, devendo promover intervenções baseadas não apenas nos aspectos biológicos, mas valorizando cada vez mais os fenômenos históricos, socioeconômicos e culturais de uma determinada população. A atuação dos profissionais não deve ser apenas técnica, tendo que compreender a cultura, o sistema e as relações. É neste contexto de relações, contradições, construções e transformações que a integralidade ganha seu próprio sentido.

O vínculo profissional/usuário implica a valorização do contexto familiar, do trabalho e da comunidade no ato de cuidar, considerando os usuários em suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar e todos os outros aspectos que interfiram na sua qualidade de vida. O vínculo é o grande motor do cuidado integral, pois oferece tanto para o profissional quanto para o usuário uma nova perspectiva frente aos problemas de saúde, a partir da experiência de troca entre os sujeitos, permitindo a contração de responsabilidades mútuas na rede de saúde.

Uma medida que visa favorecer o estabelecimento ou fortalecimento do vínculo é a visita domiciliar. Este é um recurso útil para a promoção de saúde quando utilizado com objetivos bem delimitados, como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente nos modos de operar a vida e a presença do profissional no

domicílio traz benefícios para a compreensão da realidade do usuário⁸³. A visita domiciliar, inclusive, pode ser utilizada para intervenções curativas em usuários impossibilitados de se deslocarem até a Unidade, considerando-se, nesse caso, devido à tamanha complexidade enfrentada, a necessidade da articulação dos conhecimentos biológicos específicos com outros advindos do campo da psicologia, da sociologia, entre outros.

Vale lembrar que, defender a integralidade não implica em deixar de lado todos os conhecimentos técnicos sobre as doenças, visto a predominância do paradigma biomédico na assistência. O que se busca é um uso cauteloso e prudente desses conhecimentos sobre a doença, ou melhor, sobre o doente dos quais se incide o cuidado abrangente. Portanto, é preciso que os profissionais de saúde tratem, cuidem, acompanhem não a doença, mas os sujeitos doentes, já que ainda que a doença seja a mesma, as pessoas não adoecem de forma igual. Com isso, o foco das práticas de saúde sai da doença e se direcionada às pessoas, sua história individual e coletiva²³.

A integralidade extrapola o nível micro do processo de trabalho, necessitando que a equipe multiprofissional se insira no território, estimulando a organização comunitária, e junto com a participação da população busque parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde.

Na discussão da integralidade fica evidenciado um paradoxo sobre a utilização deste termo para designar um dos pressupostos da reorientação da atenção em saúde bucal na PNSB⁶, conforme demonstrado a seguir:

*a reorientação da atenção em saúde bucal tem os seguintes pressupostos:[...] assegurar a **integralidade nas ações de saúde bucal** [grifo meu], articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência.*

O próprio conceito da integralidade se opõe à fragmentação que corresponde aos limites das “ações de saúde bucal”. Uns poderiam dizer que o uso desta expressão é apenas um abstração útil, que se configura como uma designação didática, já que não poderia subsistir como saúde parcial, sendo um termo que serve para sistematizar as ações em programas de saúde. No entanto, este paradoxo pode ser explicado como reflexo do modelo cartesiano biomédico que historicamente apartou a boca do corpo,

fazendo pressupor que a saúde bucal é “emancipada” da “saúde geral” e por isso teria sua própria integralidade.

Não se trata aqui de ignorar todo o esforço de construção da saúde bucal coletiva desenvolvida de maneira progressiva por alguns autores^{48,90,91}, desde a década de 1950, dando continuidade na época da Reforma Sanitária brasileira, em resposta à insatisfação dos modelos excludentes, ineficazes e mercantilistas que prevaleceram por longos anos na história da odontologia brasileira^{viii}. Trata-se, no entanto, de trazer para o campo da reflexão uma visão crítica, posto que o cuidado integral pressupõe o todo e não admite a dicotomia que divide o corpo em partes.

Entretanto, apesar de controverso, nem por isso deixa de ser promissor em relação ao que se tinha com os modelos anteriores, já que os conceitos e os conhecimentos advindos das ciências sociais tem ajudado a odontologia a se aproximar de uma realidade que faz parte de outra lógica, tornando possível identificar e compreender aspectos sociais e suas repercussões no processo saúde/doença⁹².

^{viii} Mário Chaves & Hélio Uchôa são autores pioneiros que já na VII CNS (1980) traziam uma crítica contundente para a renovação e reformulação do olhar odontológico brasileiro, que se estendeu no percurso histórico do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, quando emerge a saúde bucal coletiva. Neste bojo, buscou-se ampliar o olhar sobre o objeto saúde bucal, entendendo que o processo saúde-doença tem seus determinantes socioeconômicos-culturais que vão além do biológico. Estas mudanças foram sendo desenvolvidas de maneira gradativa, a partir de críticas de alguns autores situados na academia, nos serviços, nas entidades odontológicas ou nos movimentos sociais mais amplos, como a Reforma Sanitária. Dentre eles, destacam-se: Narvai⁴⁸, Botazzo⁹⁰, Moyses⁹¹ & Sheiham.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS E ÉTICAS

3.1. Etapas do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2011 a novembro de 2013, obedecendo às seguintes etapas:

- I. Realização da revisão da literatura a partir de janeiro de 2012 que se estendeu durante todo o período da pesquisa;
- II. Elaboração do projeto de pesquisa e dos roteiros das entrevistas e grupo focal em novembro de 2012;
- III. Qualificação do projeto de pesquisa em dezembro de 2012, em Banca de Avaliação composta pelos Professores Luiz Carlos Hubner Moreira (Universidade Federal Fluminense), Rafael Arouca Hofke Costa (ENSP/FIOCRUZ) e Alda Lacerda (EPSJV/FIOCRUZ);
- IV. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o parecer de número: 215.771, em 11 de março de 2013;
- V. Desenvolvimento do trabalho de campo, com a realização das entrevistas e grupo focal de abril de 2013 a junho de 2013;
- VI. Transcrição de áudios e análise do material levantado ao longo do período do trabalho de campo;
- VII. Elaboração da redação final da dissertação de agosto a novembro de 2013.

3.2. Natureza do estudo

A presente pesquisa é um estudo de caso de abordagem qualitativa.

Por tratar-se de um estudo que busca investigar o processo de trabalho em saúde, somente é possível compreender o problema a partir do universo dos significados, valores, atitudes e percepção dos atores envolvidos no processo. Nesse sentido, justifica-se a abordagem qualitativa, a qual permite que pesquisador e pesquisado estejam em ampla interação com o objeto do conhecimento⁹³.

Os estudos de caso constituem a estratégia preferida quando as questões a serem respondidas pelo pesquisador são do tipo “como” e “por que”, e quando o foco se

encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. A potência explicativa do estudo de caso não se apoia na extensão, mas na profundidade da análise realizada, visto que o pesquisador está restrito a poucas unidades de análise⁹⁴. É um tipo de pesquisa fácil de ser realizada, possui baixo custo, possibilita a observação detalhada do caso e pode ser restrito apenas à descrição do caso. Entretanto, é limitado na medida em que existe um número reduzido de unidades de estudo, é subjetivo na apreciação dos fatos e não se utiliza de grupos-controle⁹⁴.

Com o intuito de ampliar o campo de discussão sobre o objeto de estudo, foi realizada uma revisão da literatura por meio de busca bibliográfica nas bases de dados das áreas de saúde pública e odontologia, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), ambas integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde da Bireme.

O levantamento abrangeu os artigos publicados entre os anos 2006-2011, empregando o descritor: “Equipe Interdisciplinar de Saúde” com aplicação de limites de idioma (português/inglês). No total foram encontradas mais de mil obras de onde se extraiu publicações que traziam o trabalho em equipe como objeto de estudo ou como uma de suas questões centrais de análise. Outras citações de interesse também foram investigadas por vias não sistemáticas, a partir de referências secundárias de documentos oficiais, internet, dissertações e consultas pessoais à biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ).

A revisão bibliográfica permitiu a realização de um resumo contendo importantes anotações sobre os principais achados das pesquisas realizados pelos autores, tais como conceitos, categorias, situação problema e tipo de estudo.

3.3. Campo do estudo: O “caso” Complexo do Alemão

O campo de estudo abrangeu três Unidades de Saúde da Família com equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família implantadas no bairro do Complexo do Alemão – Rio de Janeiro. Para uma compreensão da região, serão abordados a seguir os aspectos históricos, socioeconômicos e sanitários, contemplando a organização do sistema de saúde local.

O Complexo de Alemão fica localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, e abrange um conjunto de 16 favelas. Poucos moradores da cidade sabem que

se trata de um bairro oficial, embora uma parte de sua área seja, muitas vezes, tratada como parte dos bairros vizinhos: Ramos, Higienópolis, Olaria, Inhaúma e Bonsucesso.

A sua história remonta à década de 1920, quando um imigrante polonês, refugiado da Primeira Guerra Mundial, adquiriu terras no local, que passou a ser denominado Morro do Alemão devido ao apelido de “Alemão” que o proprietário ficou conhecido na época. Na década de 1950, o comércio e a indústria cresceram e diversificaram-se no entorno daquela região, onde cresceu uma ocupação desordenada dos morros adjacentes que acabou por dar lugar às favelas do Complexo do Alemão⁹⁵.

O bairro do Complexo do Alemão (figura 1) abrange uma área de 437.880m² povoada urbanamente por aproximadamente 100 mil habitantes e possui o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^{ix} de 0,717, abaixo da média para a cidade do Rio de Janeiro (0,842)⁹⁷.

Figura 1. Imagem-satélite da área do bairro do Complexo do Alemão.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Portal GEO-RIO. Set, 2013⁹⁸.

Durante muitos anos, o Complexo do Alemão foi considerado uma das áreas mais violentas da cidade, onde prevaleceu o narcotráfico, porém, desde novembro de 2010, o governo do estado vem atuando no local através de esforços pacificadores⁹⁹. Nesta

^{ix} O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador elaborado pela Organização das Nações Unidas usado para medir a qualidade de vida das pessoas em várias localidades do mundo. É uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano, que computa o Produto Interno Bruto *per capita*, a longevidade (esperança de vida ao nascer) e a escolaridade. Os valores do IDH vão de 0- pior situação a 1, melhor situação ⁹⁶.

mesma época foram construídas seis estações de teleférico que vêm facilitando o acesso e mobilidade dos moradores nas favelas.

A pobreza e as precárias condições de vida predominam no local, com moradias de baixa renda, apesar das intervenções urbanísticas do Programa Aceleração do Crescimento (PAC), que aos poucos vem transformando a paisagem local, de modo a livrar o bairro e seus arredores do estigma da favelização e da violência⁹⁸.

A partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro iniciou um processo de expansão da ESF (quadro 2), configurando um cenário político positivo de ampliação das ações em atenção básica, através da implantação de diversas novas unidades em todo o município. Em agosto de 2013, no município do Rio de Janeiro a ESF contava com 736 equipes de SF e 284 equipes de SB com aproximadamente 40 % de cobertura populacional no município.

Quadro 2- Teto e implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal na ESF, município do RJ. Julho a Agosto de 2013.

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família		Equipe de Saúde Bucal	
			Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I	Modalidade II
					Implantadas	Implantadas
2013	07	6.390.290	725	39,14	141	138
2013	08	6.390.290	736	39,74	146	138

Fonte: MS/Superintendência de Atenção Primária (SAS)/Departamento de Atenção Básica(DAB)

Outra medida da atual gestão do governo foi a celebração de um Contrato de Gestão em parceria com Organizações Sociais (OS), que a passam a se responsabilizar pelo gerenciamento e administração dos serviços desenvolvidos na rede assistencial básica¹⁰⁰.

O contrato de gestão tem como principal objetivo¹⁰¹:

induzir a melhoria da qualidade das USF, através da atribuição de pagamentos por desempenho, premiando a excelência, com a criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde (p.3).

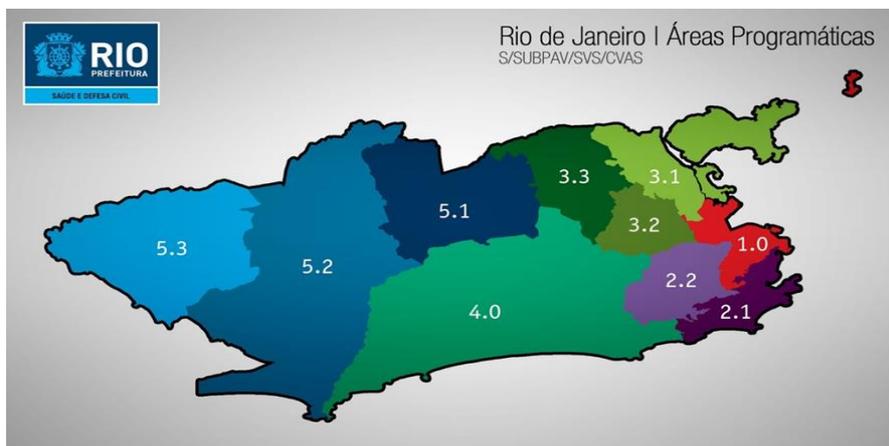
As Organizações Sociais passaram a fazer a contratação e o pagamento dos recursos humanos pelo regime de contrato celetista (Consolidação das Leis

Trabalhistas-CLT). Os profissionais contratados passaram a atuar na nova estrutura de organização da atenção em Saúde da Família, denominada “Clínica da Família” (CF)¹⁰¹.

As Clínicas da Família são designações para as Unidades de Saúde da Família que seguem padrão do programa “Saúde Presente” da Prefeitura do Rio de Janeiro, desde sua criação em 2009¹⁰². Segundo a SMS- RJ¹⁰¹, este programa “*marca o início de uma nova fase para o atendimento de saúde do carioca*” e “*representa um marco na reformulação da Atenção Primária.*” Além de consultas médicas e ações de promoção da saúde, as Clínicas da Família contam com uma infraestrutura diferenciada, que oferece exames laboratoriais, ultrassonografia, eletrocardiograma e raio-X. Também fazem parte da rede assistencial do programa Saúde Presente os seguintes serviços: Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); Policlínicas com atendimentos especializados, hospital de referência, farmácias e maternidades¹⁰¹.

O modelo de organização da APS no Complexo do Alemão é realizado unicamente pela Estratégia de Saúde da Família, compreendendo 3 Unidades de Saúde da Família localizadas na Área Programática ou Área de Planejamento (A.P)^x 3.1 e mais 1 Unidade de Saúde da Família situada na A.P 3.2. A figura 2 mostra as 10 áreas programáticas que subdividem o município do Rio de Janeiro.

Figura 2. Município do Rio de Janeiro, segundo as 10 áreas programáticas que o compõe.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Set, 2013¹⁰³.

^x Após a década de 1990, com o advento do SUS, houve um avançado processo de regionalização, com a cidade sendo dividida formalmente em 10 áreas programáticas (APs) em saúde. As APs se constituem em Distritos Sanitários, que tem como objetivo propiciar a mudança das práticas sanitárias tendo como base um território. O Distrito Sanitário seria a menor unidade territorial com autonomia para definir, planejar, organizar, gerir e executar as ações de saúde dirigidas à população desse território¹⁰².

Para fins deste estudo, foram pesquisadas as 3 USF da A.P 3.1 por abrangerem a maior parte (90%) do bairro do Complexo do Alemão. Vale lembrar que cada equipe de saúde da família nessas Unidades funciona com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis a oito ACS. As equipes de saúde bucal contam com um CD, um ASB e/ou um TSB. A maioria das equipes de saúde bucal fica responsável por famílias cadastradas de duas a três equipes de saúde da família. Segundo a carteira de serviços¹⁰⁴, o processo de trabalho deve ser organizado de forma a haver integração, participação e responsabilização de todos os profissionais. A supervisão e a coordenação ficam sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro, sem que haja hierarquia na equipe. Todas as atividades realizadas pelos profissionais devem ser registradas diariamente no prontuário eletrônico, a fim de facilitar o acompanhamento longitudinal dos usuários e famílias cadastradas¹⁰⁴.

Cada Unidade conta ainda com 1 gerente administrativo que, enquanto dirigente local do estabelecimento de saúde, tem o compromisso de defender os princípios do SUS e da atenção básica dentro da lógica organizacional do trabalho das equipes¹⁰⁵.

Esses trabalhadores tem a responsabilidade de: participar da análise e discussão dos dados obtidos junto com os profissionais, visando ao alcance de metas propostas no planejamento; promover e facilitar a integração entre todas as equipes; conhecer as atribuições das equipes e promover a avaliação de desempenhos dos profissionais¹⁰⁴.

3.3.1. Unidades de Saúde da Família pesquisadas no Complexo do Alemão

As 3 Unidades que fizeram parte da pesquisa foram:

1. Centro Municipal de Saúde(CMS) “Alemão”: é a mais antiga de todas, criada em 2004, anteriormente aos moldes da Clínica da Família. No início deste estudo a Unidade contava com 5 equipes de saúde da família e 3 de saúde bucal, mas no decorrer da pesquisa, uma Unidade independente -CMS “Esperança”-, composta de 1 equipe de saúde da família e 1 equipe de saúde bucal, se anexou à Unidade “Alemão”, que hoje conta com 6 equipes de saúde da família e 4 equipes de saúde bucal, com 5.881 famílias cadastradas, o que corresponde a aproximadamente 15 mil usuários. Tem 1 gerente administrativo.

2. Clínica da Família “Rodrigo Roig”: está situada acerca de 30 metros da Unidade Alemão, na mesma calçada da rua, existe desde abril de 2010. É composta por 4 equipes de saúde da família e 2 de saúde bucal, com 4360 famílias cadastradas, tendo

aproximadamente 14 mil pessoas. É o local onde a pesquisadora atua como cirurgiã-dentista há três anos. Tem também 1 gerente administrativo.

3. Clínica da Família “Zilda Arns”: é a maior Unidade, também criada em 2010, fica 100 metros distante da “Rodrigo Roig”. É composta por 12 equipes de saúde da família e 6 equipes de saúde bucal, com 12.528 famílias cadastradas, perfazendo um número de 60 mil pessoas. Têm 2 gerentes administrativos.

Ao total são 22 equipes de saúde da família implantadas, 12 equipes de saúde bucal e 4 gerentes que dão cobertura populacional a aproximadamente 87 mil usuários(quadro 3), o que corresponde a 87 % da população total da região ⁹⁷. Até o presente momento do estudo havia uma área no território descoberta por equipes de atenção primária à saúde, correspondente a 5% da população total.

Quadro 3: Caracterização das 3 USF do Complexo do Alemão participantes				
USF	Equipe SF	Equipe SB	Gerente	Pop. Coberta
Alemão	6	4	1	15mil
Rodrigo Roig	4	2	1	13mil
Zilda Arns	12	6	2	60mil
Total	22	12	4	87mil

A figura 3, a seguir, ilustra um mapa do Complexo do Alemão, segundo as 5 Unidades de Saúde da Família. O CMS “Maria de Lourdes” foi substituído, em 2012, pela Clínica da Família “Bibi Vogel”, que é uma USF sob responsabilidade da AP 3.2. O CMS “Esperança” foi incorporado ao CMS “Alemão”, conforme já descrito.

Figura 3: Mapa do Complexo do Alemão, segundo 5 Unidades de Saúde da Família



Fonte: Seminário de Avaliação da Territorialização do Complexo do Alemão. Cap 3.1 Rio de Janeiro/ SMS. Ago, 2011.

Além das USF, existe próximo à CF Zilda Arns uma UPA, que realiza serviços de urgência e emergência da população local e um CAPS III, bem como o Projeto Academia Carioca.

A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e os hospitais, devendo compor uma malha organizada de atenção às urgências. Embora as USF tenham o atendimento prioritariamente programado, estas também abrem espaço para pequenas urgências diárias, como forma de dar resolutividade aos problemas da população de maneira mais imediata.

3.4. Participantes do estudo

Das 3 USF pesquisadas, participaram da pesquisa os seguintes sujeitos que nelas atuam: os 4 gerentes e mais 8 profissionais componentes das equipes multiprofissional (equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família), totalizando 12 participantes.

Esse número de participantes foi suficiente, pois como assinala Minayo¹⁰⁶, em uma abordagem qualitativa o critério de amostragem não é numérico. Preocupa-se menos com a generalização e mais com a coleta de informações suficientes para a reconstrução do discurso, de modo a permitir uma análise aprofundada das subjetividades que envolvem a questão central do tema pesquisado.

Para a seleção dos 8 profissionais das equipes foi realizado um sorteio com o nome de todos eles mesclados, de maneira a formar um representante de cada integrante

dessas equipes, pois entendia-se que um profissional por categoria seria suficiente para o aprofundamento do objeto de estudo. Deste modo, foram sorteados um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um técnico em saúde bucal, um auxiliar em saúde bucal, um cirurgião-dentista e dois agentes comunitários de saúde. Como os ACS são profissionais em maior quantidade dentro da equipe, sorteou-se 2 deles.

Como critério para inclusão no estudo, e conseqüentemente para participação do sorteio, o profissional deveria ter pelo menos 1 ano de experiência de trabalho na ESF, não necessariamente na USF de origem.

3.5. Coleta de dados

Para coleta de dados empíricos, foram aplicadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada e grupo focal.

A entrevista constitui, segundo Minayo¹⁰⁶:

a estratégia mais utilizada na pesquisa social com abordagem qualitativa, sendo entendida pela autora como conversas com finalidade. Com a entrevista, o pesquisador procura obter informes contidos nas explicações dos participantes para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.(p. 47)

As entrevistas foram realizadas com os 4 gerentes, pois se considerou que a apreensão individual da percepção desses sujeitos acerca do objeto do estudo era crucial para a compreensão do processo de trabalho das equipes, tendo esses sujeitos forte influência sobre a organização, planejamento das práticas e, em última instância, sobre a integração entre os profissionais das equipes de saúde bucal e saúde da família.

Já o grupo focal foi realizado com 8 profissionais de saúde sorteados, sendo este um instrumento importante para fazer emergir ideias diferentes das opiniões particulares suscitadas em entrevistas. Conforme sinaliza Neto¹⁰⁷ e Gatti¹⁰⁸, o grupo focal permite:

reunir pequeno número de participantes, com o objetivo de dialogar e discutir sobre um determinado tema, de modo que o pesquisador possa obter as opiniões e as experiências que emergem da interação entre os indivíduos, diferenciando-se, desta forma, da aplicação de questionários fechados ou de entrevista. Bem como, possibilita compreender as diferenças existentes em perspectivas, sentimentos, representações, valores e os fatores e motivações que influenciam ou subsidiam determinados posicionamentos e opções.

Para facilitar a condução da técnica, os instrumentos utilizados foram aplicados com o auxílio de roteiros preliminares de trabalho (anexos 1 e 2). Estes roteiros versavam sobre os aspectos relacionados ao processo de trabalho coletivo desenvolvido entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família, buscando identificar os limitantes da integração, além de levantar as estratégias possíveis para facilitar o seu desenvolvimento entre os profissionais, sob o ponto de vista dos participantes.

Todos os encontros foram pessoal e previamente agendados. Vale uma observação que, pela proximidade das USF, houve uma fácil interação com os participantes, uma vez que, em algum momento durante esses 3 anos de trabalho no Complexo do Alemão, a pesquisadora manteve algum tipo de contato com os profissionais daquela região, o que foi fundamental para construir uma relação amistosa e de respeito durante o todo o percurso.

O trabalho de campo se iniciou com as entrevistas, que ocorreram em salas de reunião nas próprias Unidades de cada gerente, com duração média de 30 minutos. Após a finalização das 4 entrevistas, realizou-se duas semanas depois, o grupo focal na sala de estudos de uma das USF participantes, com duração de 1 hora e 45 minutos. Recomenda-se na literatura que, além de um moderador, o grupo focal conte a participação de um relator para registrar as interações. Neste caso, a pesquisadora e sua orientadora realizaram esses papéis alternadamente.

No decorrer do trabalho de campo, foi mantido um bloco de anotações onde se registraram dúvidas, percepções, observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa. Este não foi um instrumento utilizado formalmente no estudo, mas serviu como um apoio que permitiu uma reflexão, durante todo processo de análise dos dados, entre o que foi exposto pelos participantes e o observado¹⁰⁶.

3.6. Considerações Éticas

O projeto de pesquisa e as cartas de anuência (anexo 3), assinadas pelos gerentes confirmando a aceitação e participação das Unidades de Saúde na pesquisa, foram submetidos à apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

Houve também o consenso dos participantes em relação à gravação das entrevistas e do grupo focal – com a única finalidade de facilitar a coleta dos dados e posterior transcrição – mediante a assinatura de duas vias idênticas do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (anexos 4 e 5) contendo todas as informações, riscos, benefícios e considerações éticas referentes à pesquisa.

Para manter o sigilo dos participantes na discussão dos resultados, as citações dos trechos das falas indicaram cada gerente por ordem cronológica de realização das entrevistas, seguindo o seguinte padrão: **Gerente 1** para o primeiro entrevistado, **Gerente 2** para o segundo, e assim sucessivamente. Quanto ao grupo focal, as falas foram sinalizadas pela abreviatura de cada categoria profissional ou sua respectiva sigla: **MÉD** (médico), **ENF** (enfermeiro), **CD** (cirurgião-dentista), **TSB** (técnico em saúde bucal) e assim por diante. Cabe ressaltar que, a escolha pela identificação das categorias profissionais foi importante para análise dos dados, não tendo comprometido o sigilo dos participantes, tendo em vista o universo da amostra. Somente a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso aos áudios da gravação, que serão descartados após 5 anos.

3.7. Análise de dados

Após a coleta de dados, iniciou-se o processo de transcrição e interpretação do material empírico. Todos os áudios, totalizando aproximadamente 4 horas de gravação, foram transcritos pela pesquisadora.

Utilizou-se a técnica da análise da temática, em que “tema” pode ser definido como: “*a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura*”¹⁰⁶ (p. 15). Assim, a análise temática é a transformação dos dados brutos em eixos temáticos, representados pelas categorias analíticas, onde estão organizados os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

A partir da leitura exaustiva do material coletado, com o resgate dos pressupostos iniciais, partiu-se para o processo de organização e exploração do material, com a transformação dos dados brutos, visando à compreensão do conteúdo.

Inicialmente, recortaram-se alguns trechos centrais dos depoimentos, para em seguida serem compilados de acordo com os eixos temáticos originais¹⁰⁹. Finalmente, para o tratamento dos resultados, foram feitas inferências realizando interpretações à luz dos referenciais teóricos.

No decorrer da análise do trabalho de campo, apareceram elementos novos de interpretação que suscitaram à reelaboração e refinamento das classificações dos temas

iniciais (Integração entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família; Limitantes da integração entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família; Caminhos possíveis para integração), culminando na construção de categorias empíricas, a saber: Ações articuladas no processo de trabalho das equipes; Interação entre os profissionais das equipes: em busca do projeto assistencial comum; Dinâmica das equipes; Perfil do profissional da odontologia; Estrutural; Modelo de organização das ações da SF em “Clínica da Família”; Lógica da produtividade x ideologia da ESF; Fragilidade da rede de atenção à saúde.

CAPÍTULO 4 – DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO COMPLEXO DO ALEMÃO: INTERFACE ENTRE SAÚDE BUCAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Diferentes aspectos permeiam a construção do trabalho em equipe como a formação e a diversidade dos profissionais, as concepções de trabalho em equipe, os aspectos subjetivos, a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e o perfil da gestão. Tendo em vista a importância de se discutir as possibilidades de integração entre os profissionais da equipe SB e equipe SF, será apresentado um perfil geral dos participantes da pesquisa e, em seguida, a análise dos eixos.

Os gerentes eram de diferentes categorias profissionais, tais como enfermeiros, psicólogo e nutricionista, sendo todos contratados por Organizações Sociais (OS) e com formação em algum curso de especialização no âmbito da ESF. O tempo de atuação na gestão da Unidade de Saúde variou entre 5 meses a 1 ano e meio. Conforme lembra Guimarães-Ximenes Neto & Coelho-Sampaio¹¹⁰, a prática de gerenciamento de território na ESF é recente, embora tenha sido normatizada com a Norma Operacional Básica (NOB) SUS/1996. Os autores apontam que a ESF vive dilemas administrativos que situam os gerentes numa delicada posição administrativa, tendo grande responsabilidade na provisão de uma estrutura mínima de um processo de trabalho adequado às necessidades de saúde e às diferentes realidades.

Com relação aos profissionais, o tempo de atuação na ESF foi entre 1 ano até 10 anos. Vale relembrar a participação de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 CD, 1 ASB, 1TSB, 2 ACS. Eles formavam um grupo misto de celetistas e estatutários e somente 3 deles possuíam alguma especialização no âmbito da ESF.

A partir do perfil dos participantes será esboçado, a seguir, os resultados e a discussão do processo investigativo do presente trabalho. Vale recordar que, de acordo com Minayo¹⁰⁶, qualquer discurso teórico não é a revelação total da realidade, mas a construção de um real possível aos sujeitos, sobre condições histórico-sociais dadas. Desta maneira, as falas dos participantes são representações sociais que eles fazem sobre os fatos, não necessariamente a realidade em si.

4.1. Integração entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família

De um modo geral, sobressai nas falas a ausência de objetivos comuns compartilhados entre os membros da equipe de saúde bucal e saúde da família. A maioria dos profissionais revelou que não há organização da equipe, atuando de forma separada, desordenada, e atendendo às demandas aleatoriamente, chegando a parecer que são “duas” Unidades trabalhando uma dentro da outra, conforme os depoimentos:

Parece que a Odonto é uma clínica e a clínica é outra. (ACS1)

[A ESB] é um mundinho dentro do mundo! (ASB)

[A Odontologia] é uma parte dentro da Estratégia! Não tem integração!(TÉC. ENF)

Esse isolamento, no entanto, é recíproco, pois é proveniente dos profissionais da saúde bucal em relação à equipe de saúde da família e vice-versa:

A gente vê que a saúde bucal funciona, mas de forma dividida, de forma separada (...) a impressão que me passa é que é uma Unidade [equipe SB] dentro de uma Unidade [equipe SF]! E não vou dizer que isso é culpa da Saúde bucal em si. Eu acho que a Unidade também direciona um movimento que acaba meio que jogando de lado a Saúde Bucal, entendeu? (Gerente 1)

Eu acho que o trabalho da Odonto pra ser bem feito depende também da equipe [SF]. Da boa vontade das pessoas, mas tem muita gente que não tem boa vontade, não! Às vezes, a Odonto quer entrar com uma estratégia na equipe e a equipe se retrai, ela se fecha, entendeu? Ela não é aberta ao diálogo. (ACS 2)

As falas sinalizam que na prática se realizam ações compartmentalizadas e excludentes, caracterizando uma equipe agrupamento. Para que haja uma equipe integração e não equipe agrupamento, Peduzzi¹¹¹ descreve a necessidade de uma construção que requer articulação entre as ações e interação entre todos os profissionais envolvidos, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. A autora destaca que a interação é mais difícil de ocorrer por não estar “normatizada” *a priori*, requerendo um compromisso ético e respeitoso com o outro, com cada um e com todos da equipe e acima de tudo com os usuários.

Alguns participantes justificaram sua percepção de baixa integração ao considerarem que as conexões entre as diferentes atividades e o compartilhamento dos distintos trabalhos ocorrem de forma pontual:

O médico, o enfermeiro quando viam uma questão especial iam lá na dentista de referência e resolviam o problema, mas era aquele problema isolado, não era o planejamento da área como um todo. **(Gerente 3)**

Vale destacar a fala de uma gerente que ressaltou que mesmo os trabalhadores mantendo um vínculo de amizade, o trabalho não é necessariamente realizado de forma integrada.

Eles [equipe SB e equipe SF] são inteirados! Porque trabalham muito tempo juntos, então tem um vínculo de trabalho. Mas a interação não é para o processo de trabalho. Há uma integração de pessoas, empatia. Mas o trabalho não tá integrado, não! **(Gerente 2)**

A comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação⁷⁵. Uma das formas que a comunicação pode se manifestar é aquela estritamente de caráter pessoal, como visto na fala dessa gerente, em que os sujeitos dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica.

Segundo Peduzzi¹⁵, conhecer o profissional equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta. As boas relações interpessoais não significam um agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação. O diálogo entre os profissionais deve contemplar a dimensão técnica, referida às atividades, aos procedimentos e a todos os instrumentos necessários para atingir a finalidade da prestação de cuidados; e a dimensão ética, que não se reduz ao relacionamento interpessoal entre os profissionais, mas estende-se à preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos demais, seja da mesma área de atuação, seja de outras.

A construção do trabalho em equipe requer também a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações e acordos entre os agentes e implica em compartilhar decisões e responsabilidades¹¹².

No entanto, vale enfatizar a fala do CD, que ao abrir sua agenda semanal para os ACS, considera-se integrada com a equipe:

Eu me sinto integrada na minha equipe, eu acho que você tem que participar das atividades dos outros profissionais, ter essa abertura com os agentes [comunitários de saúde], porque acho que os agentes

é que trazem as questões da comunidade, os meus agentes podem ir lá e pegar a minha agenda, eles tem livre acesso da agenda para marcação de consulta (...) (CD)

Neste ponto, observa-se que o aporte teórico para a compreensão de integração desse profissional se baseia em marcação de consultas de maneira limitada, pois se está voltado para a resolução de situações imediatas do cotidiano do trabalho provenientes das queixas dos usuários. Aqui fica evidenciado o desenvolvimento de um trabalho parcelar^{7,113}, no qual cada profissional realiza suas atividades de forma desarticulada e independente das ações dos demais, o que pode contribuir para a falta de comprometimento e responsabilização dos profissionais com o resultado de suas práticas. Em contrapartida, os participantes também apontaram evidências de ações articuladas e interação entre os profissionais em algum momento do trabalho, que serão discutidos a seguir.

4.1.1. Ações articuladas no processo de trabalho das equipes

Considera-se que haja articulação das ações nas situações em que os diversos profissionais colocam em evidência conexões entre as diferentes atividades, com a recomposição dos distintos processos de trabalhos, isto é, as interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional^{15, 75}.

De acordo com a fala dos participantes, os profissionais se comunicam no processo de trabalho com a finalidade, principalmente, de esclarecimento de dúvidas, troca de informações ou encaminhamentos internos de usuários, sendo raros os momentos de resolução conjunta ou tomada de decisões em equipe.

Observou-se que, estas trocas se dão, na maioria das vezes, durante o próprio atendimento, em que cada profissional chega com sua demanda e a atende individualmente.

Agora mesmo, eu [gerente] acabei de conversar com uma enfermeira ai fora,[que falou]: “Fui numa creche, vi uma criança de 3 anos que não tem nenhum dente de leite sem ter uma cárie. Os da frente já estão deteriorados, já estão quebrados e os de trás todos cariados, né? Aquela criança deve sentir dor e a gente precisa fazer alguma coisa com relação à Odonto” E ai eu fui buscar a dentista pra gente ver, pra gente avaliar, pra ela ir lá e tal. (Gerente 3)

Quantas vezes eu vou lá [na sala do médico] bato e [falo]: “Eu tô com uma paciente assim, hipertensa descompensada, dá pra você dar

uma olhadinha, tá muito enrolado aí? Da pra você marcar?” Então, assim, existe esta troca. **(CD)**

(...)tem um bom diálogo entre a equipe de saúde da família e a de saúde bucal. Já agenda direto. Tipo gestante, já é agendado direto com o dentista, sabe? Então, assim, já tem uma integração... **(Gerente 4)**

É possível perceber um esforço, por parte dos profissionais, em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções assistenciais que executam. Como evidenciou essa médica, embora questionasse esse tipo de prática no final:

Já teve situações que a dentista saiu de toquinha, de máscara, foi lá [e falou]: - *“Doutora, essa paciente assim e assim...”* Bastante preocupada, ela[a cirurgião-dentista], ia fazer um procedimento, a paciente tava na cadeira. [A cirurgiã-dentista falou]: -*“Mas eu estou preocupada agora com esta situação.”* Ai, eu parei o que estava fazendo e fui atender a paciente no consultório odontológico, e ai eu disse: - *“Tem receita aí?”* E ali mesmo a gente fez a receita, fez a conduta, entendeu? Mas, todas às vezes eu vou conseguir fazer isso? **(MÉD.)**

Deste modo, a articulação ocorre no trabalho com o outro por meio da comunicação, muitas vezes dentro do próprio atendimento para o esclarecimento de dúvidas ou pela necessidade de avaliação conjunta de um caso, que pressupõe sujeitos em inter-relação¹¹¹. Enquanto a médica ou a enfermeira procura a cirurgiã-dentista para resolver uma questão especial, esta requer da médica solução para os problemas apresentados na consulta que realiza com hipertenso descompensado ou em pequenas urgências. É necessária uma ação flexível entre os profissionais, capaz de compor e inventar uma intervenção coletiva, superando as tradicionais atividades individuais e os procedimentos de forma fracionada.

Um gerente relatou conexões entre as ações dos profissionais da SF e SB, por meio de encaminhamentos internos de gestantes, embora avalie criticamente essa conexão, conforme seu depoimento:

A gente vê alguns profissionais na unidade [de saúde] que falam dessa forma: *“Agora eu já fiz um passaporte, passou pela minha consulta [de pré-natal] tem que passar pela saúde bucal. Eu já encaminho direto com passaporte pra poder fazer isso”*. Isso seria talvez uma forma de se integrar, mas uma forma meio agressiva, não é uma forma: *“Vamos trabalhar juntos?! A partir de agora vamos começar a trabalhar juntos?! É o nosso trabalho, vamos lá, vamos ver!”* **(Gerente 1)**

Esse achado vai ao encontro da discussão de Campos & Belisário¹¹⁴, que apontam para uma “carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos” que possam responder ao desafio de uma atuação multiprofissional e uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde. Além disso, o depoimento do gerente encontra consonância com os resultados da pesquisa de Farias¹¹⁵, que analisou a existência de integração entre a equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família em Unidades de SF em Fortaleza/CE ao evidenciar que apesar de haver um discurso igualitário, os membros da equipe de saúde da família mantêm representações autoritárias entre os profissionais médico e enfermeiro. Neste caso, entre o profissional citado na fala do gerente e o cirurgião-dentista.

Um dos desafios postos para a implantação dos princípios da ESF está em fazer com que os profissionais se envolvam no processo de trabalho preconizado para a Saúde da Família, em que o foco central de atenção da equipe não seja apenas o indivíduo, mas a família e seu entorno. Essa possibilidade só poderá se concretizar se houver a integração dos profissionais através de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Trata-se da perspectiva, conforme propõe Peduzzi⁷⁵, do agir comunicativo no interior da técnica, uma prática comunicativa que está para além dos projetos específicos dos profissionais e que visa à construção de linguagens e objetivos, ou até de cultura comum: a comunicação intrínseca ao trabalho, que é um dos atributos da equipe integração.

O técnico de enfermagem foi a categoria profissional cujo contato com a equipe de saúde bucal é o mais restrito, ficando limitado aos momentos de necessidade de aferição de pressão arterial ou glicemia durante o tratamento dentário operado pelo CD. Na realidade, fica mais na base da realização de “favores” do que ações conectadas:

O meu contato com a odonto é praticamente zero. É mais na reunião de equipe. O usuário da saúde bucal só vem pra mim quando vai fazer uma extração, ai eles [cirurgiões-dentistas] pedem pra que a gente verifique a pressão pra ver como que tá. Se for diabético, vejo a glicose e pronto! Fora isso, eu não tenho contato não! (TÉC.ENF)

Nas USF estudadas, a maioria das equipes SB deve prestar assistência a duas equipes SF. Importa destacar que na Unidade em que a equipe SB é referência para

somente uma equipe SF, a gerente verificou que os profissionais atuam mais conjuntamente e obtém com isso melhores resultados.

Uma equipe, assim, que eu vejo que participa mais, é porque é 1[equipe SB] pra 1[equipe SF], então eu acho que é mais fácil(...). Eu percebo a diferença clara no processo de trabalho. Eles conseguem alcançar muito mais os indicadores que a outra equipe [equipe SB que fica responsável por duas equipes SF] não consegue. **(Gerente 2)**

A participação da equipe de saúde bucal nos grupos de promoção de saúde que acontecem nas Unidades foi outro exemplo apontado de conexão das ações:

A Odonto sempre tá muito presente com os grupos que a equipe faz, sabe? Principalmente de crianças, diabéticos, gestantes. A Odonto se apresenta, tá junto! Eles planejam juntos, fazem o grupo juntos. **(Gerente 4)**

Por outro lado, o grupo de “saúde bucal” é um grupo isolado realizado unicamente pela TSB sem conexão e participação de outros profissionais.

O grupo de saúde bucal, eu faço sozinha, precariamente no meio do corredor, porque eu acho um absurdo não ter um grupo de saúde bucal pra população. [TSB]

O conceito ampliado de saúde, que busca superar as limitações inerentes à racionalidade biomédica, é o principal objeto para o cuidado em saúde, sobretudo no âmbito da APS, com o trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional¹¹⁶.

Pode-se inferir que em relação às ações realizadas pela auxiliar em saúde bucal, exceto os técnicos de saúde bucal e cirurgiões-dentistas, nenhum outro membro da equipe SF mencionou qualquer conexão entre suas ações. A ASB, por sua vez, informou que o contato maior é nos grupos e com o cirurgião-dentista. Ademais, a ASB demonstrou a sensibilidade para um olhar ampliado, que vai além das queixas odontológicas.

O paciente vem com uma queixa e às vezes não tem nada a ver [com demanda odontológica]. Eu tenho um pouco, às vezes, o olhar diferenciado, o olhar do todo. Eu acho que eu tenho isso de bom, às vezes no falar, eu já me ligo já, eu falo: “*O problema dele, da pessoa é outro.*” Às vezes, o que a pessoa quer é conversar! Ele quer uma terapia, ele vem pra conversar, ele vem às vezes com uma história que nem sempre a queixa dele tá relacionada à saúde da boca! Ele ta

com problemas muito além daquilo ali, entendeu? Semana passada mesmo a gente pegou aqui um paciente assim que na hora eu saquei e falei com a dentista: - *“olha o problema dele não é esse”!* Eu falei *“ele tá querendo conversar. Ele tá precisando de uma pessoa”*. Um paciente já idoso, sabe? Com problemas, aí eu conversei lá fora com ele, aí falei pra dentista: - *“olha, encaminha ele pro médico. Ele não tá conseguindo dormir!”* Mas ele veio com queixa de boca, que tava com a língua ferida, que não dava pra mastigar, mas era muito além daquilo que tava ali... Com o tempo, com a experiência, você vai, né...(ASB)

Realizar escuta qualificada e diálogo com os sujeitos doentes são condições técnica e eticamente necessárias para a ampliação da clínica. Na clínica ampliada não se verifica paciente e profissional em situação hierárquica verticalizada e de passividade, mas sujeitos em relação. A partir de uma prática colaborativa, que se aproxima da concepção de articulação entre as ações, as equipes multiprofissionais de saúde compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar a gestão de casos, proporcionando melhores serviços de saúde aos pacientes e à comunidade²².

Entender as práticas de cuidado como clínica ampliada é estabelecer um compromisso radical com o sujeito visto como singular, assumindo responsabilidades no processo terapêutico, afirmando a interdisciplinaridade em saúde e tendo a dimensão dos limites dos saberes especializados. Nessa direção, a escuta é uma importante estratégia do cuidado, o que significa valorizar o relato do usuário, mesmo parecendo não ter relação direta com o tratamento, conforme aponta a ASB. Realizar a escuta é ajudá-lo a reconstruir a história do seu processo de adoecimento e as diferentes articulações que estabelece com outros planos de sua vida. É compreender a doença de forma correlacionada com a vida dos sujeitos⁷⁹.

Por outro lado, pode-se inferir neste caso, que a articulação estava voltada a um determinado fim, ou seja, a comunicação manifestou-se, sobretudo para atender a demanda imediata que se expressou na queixa apresentada à ASB pelo idoso.

A interdisciplinaridade desejada ultrapassa a mera consulta às outras disciplinas, em um movimento de modificação e interdependência entre elas. Para que o trabalho em equipe se aproxime cada vez mais da realidade é necessário haver compartilhamento das vivências e reconstrução dos papéis profissionais, propiciando um processo

participativo e de partilha de saberes, transformando a qualidade de atenção à saúde da população.

Para realizar um cuidado em saúde integral, não se pode prescindir de dar escuta aos contextos e situações que os sujeitos historicamente produzem. A ampliação da clínica é, necessariamente, um exercício inter e transdisciplinar, exigindo diálogo entre diversos saberes científicos, exemplificado pela fala da médica a seguir:

Quando eu olho o paciente como um todo, muitas vezes vejo a representação da doença [no corpo] que vem de outro lugar e que não deixa nem melhorar, nem cicatrizar e nem curar porque ali [na boca] tem um agravamento que associado prejudica uma evolução pra criança que não consegue se desenvolver adequadamente, pra gestante, pro diabético, por aí vai... Você tem uma série de coisas que se a boca não tá bem, não consegue uma mastigação adequada, uma absorção dos nutrientes adequada, pode representar doenças. (**MÉD**)

A “ampliação do olhar”, a articulação dos saberes, a criação de elos comunicativos são pressupostos que identificam a equipe com modalidade integração e favorecem a construção de uma ação interdisciplinar dos sujeitos⁹. Na fala a seguir, a enfermeira assinala a necessidade de associação dos cuidados em odontologia com a saúde mental, em caso de usuários deprimidos por sua condição bucal.

Quando a pessoa não tem toda a dentição completa, tem dente estragado, também pode trazer problema emocional pra pessoa, porque ela não sorri. Ela muitas vezes não abre a boca, então também é outro cuidado que tem a ver com a saúde mental. (...) Você começa a visualizar a Odontologia de outra forma, num contexto maior com todos os outros profissionais. (**ENF**)

É por meio da prática comunicativa caracterizada pela busca de consenso que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano, construir e executar um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários¹¹¹. Sobre este ponto, Schraiber et al.¹¹⁷ assinalam que a conexão entre as ações ou trabalhos requer que cada agente tenha uma dada compreensão sobre o trabalho do outro e o reconhecimento da necessidade deste para a atenção integral à saúde.

A potencialidade do trabalho em equipe integrado é revelada quando as equipes de saúde ampliam sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde. Ao utilizarem os dispositivos existentes de atenção à saúde, as equipes proporcionam

uma atenção mais integral e compartilham a responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida de uma determinada população.

4.1.2. A Interação entre os profissionais das equipes: em busca do projeto assistencial comum

Considera-se que haja a interação entre os profissionais quando se tem a construção de consensos em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pela equipe multiprofissional. Por meio da prática comunicativa, os profissionais constroem e executam um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários. Este pressupõe a participação de todos os membros nos distintos momentos do processo de trabalho: planejamento, execução e avaliação; partilha de decisões; reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho¹¹¹.

No que diz respeito à reflexão e construção conjunta do trabalho, sinalizador da equipe integração, a reunião de equipe semanal foi indicada, sobretudo enquanto espaço destinado a este fim. O espaço das reuniões de equipe é reconhecido pelos profissionais como espaço de troca entre os agentes, onde ocorrem o planejamento e a avaliação das atividades desenvolvidas, as discussões relativas à operacionalização do serviço, a divulgação de informações e a discussão de casos. Por fim, onde acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis. No entanto, constatou-se que a reunião de equipe dá conta apenas parcialmente deste propósito, concentrando-se nas soluções dos problemas de natureza administrativa, conforme se evidencia no depoimento da gerente ao julgar desnecessária a participação da equipe SB em tempo integral:

[Para a equipe SB] participar da reunião de equipe do início ao fim é maçante. Eu percebo que é maçante, (...) porque tem assuntos ali que são muitos relacionados à rotina do enfermeiro com médico, do ACS, é lavagem de roupa suja, acho que [a saúde bucal] não precisa participar das 4 horas. (**Gerente 2**)

A dificuldade para chegar a consensos e construções coletivas entre os distintos profissionais na reunião de equipe ficou tão forte que outra gerente preferiu separar as reuniões por categoria profissional, ou seja, reuniões de equipe só de médicos, só de cirurgião-dentista, etc.

Ao invés de fazer reunião de módulo com todos os profissionais, que acaba entrando numa catarse e você não consegue visualizar os problemas para possíveis soluções, a gente preferiu, neste momento crítico, separar por categoria [profissional]. **(Gerente 3)**

Na reunião de equipe deve-se cuidar para que os profissionais não se limitem à socialização de programações; a combinações sobre a dinâmica de atendimento na Unidade ou à busca de soluções para problemas administrativos, que acabam por gerar práticas de trabalho coletivo estéreis, dificultando a gestão compartilhada do projeto de intervenção. Assim como o simples fato de haver amizade interpessoal não garante um trabalho interdisciplinar, promover reuniões e encontros entre os profissionais também não é suficiente para a integração. Destaca-se a necessidade de ultrapassar os limites da socialização, ainda que necessários, para interações que proporcionem a reflexão do cotidiano de trabalho em busca do projeto assistencial comum.

Pode-se constatar que, o planejamento se realiza de forma individualizada, isto é, cada profissional de nível superior define suas ações e programa suas atividades, socializado-as na reunião semanal, da qual a equipe de saúde bucal frequenta quinzenalmente. O fato de cada equipe de saúde bucal estar vinculada a duas equipes de saúde da família não permite sua participação semanal. Foi possível depreender que a equipe SF trabalha com um amplo espectro de independência da equipe de saúde bucal no planejamento de suas intervenções assistenciais, inclusive marcadas em horários flexíveis aos profissionais da equipe de saúde da família,

A equipe de SF programava a reunião de equipe com os horários flexíveis pra eles, médicos, enfermeiros e ACS e excluía a Odonto.[...]A gente sabe que a Odonto não vai participar de todas as reuniões na semana se não eles vão ficar com menos 2 turnos porque tem que acompanhar 2 equipes. Então, a gente padronizou, que realmente fosse de 15 em 15 dias nas equipes que, aí, em uma semana vai em uma, na outra semana vai em outra.**(Gerente 4)**

Na reunião de equipe que eu vejo são os médicos preenchendo ficha e acabou. Não tem dinâmica, não tem mais nada!**(TSB)**

É perceptível que a pauta da reunião de equipe normalmente foca nas ações dos componentes da equipe SF, quando no final é aberta a inclusão de outros pontos.

Um dos gerentes reclama da desvalorização do espaço de reunião caracterizado por atrasos frequentes e dificuldade de concluir com propostas, como por exemplo, a entrada das questões referentes à “saúde bucal”:

A gente precisa começar a olhar pra essas reuniões de equipe como um espaço de diálogo mesmo, e que essa integração começasse a se formar aí, só que não consigo parar pra pensar como que isso vai acontecer: *“onde vai ter espaço pra essa saúde bucal entrar assim fortemente nesse processo?”*. Eu não posso ter horários de reunião de equipe começando 9h:30min pra acabar 11h. *“Onde que a gente teria tempo aí pra gente poder debater outras coisas?! Onde entraria a saúde bucal aí?!”* (**Gerente 1**)

Induz-se que, mais do que um espaço de elaboração coletiva do planejamento e avaliação do impacto das ações, este encontro semanal se restringe à socialização do que foi programado individualmente pelos profissionais de nível superior. Nesse sentido, sugere-se que as decisões não têm sido compartilhadas no momento de concepção do trabalho, o que acaba comprometendo a construção do plano comum, uma vez que este pressupõe a participação de todos os membros e dever ser construído na prática comunicativa do trabalho cotidiano¹¹¹.

Infere-se que os profissionais da equipe SF tem dificuldade em atuar de forma integrada com os profissionais da equipe SB, aspecto consolidado pela fala do gerente que chega a propor a integração dos consultórios como uma medida para interação dos profissionais:

Eu acho que o que dificulta [a integração entre os profissionais da SB e SF] é o modo de organização, questão estrutural, mas é uma questão que vai além das nossas possibilidades. Na minha opinião, tinha que ser o consultório de saúde da família com o consultório de saúde bucal do lado, integrado,[...] o dentista ia tá o tempo todo ali parede com parede. Todo mundo se vendo ali no trabalho. Eu acho que tinha que funcionar assim. Ia ter mais interação entre eles. (**Gerente 2**)

Trabalhar todos juntos na mesma sala poderia ampliar a interação da equipe, mas criaria obstáculos na interação com o usuário, pois enquanto o profissional precisa estabelecer relação de diálogo e proximidade, o usuário precisa se sentir a vontade e tranquilo para buscar cumplicidade e confiança no profissional.

A dificuldade de interação entre os profissionais da odontologia e os profissionais da SF corrobora com o estudo de Pereira et al.¹¹⁸ que analisou o trabalho em equipe sob a perspectiva de equipe agrupamento e equipe interação. No estudo, os autores observaram que os profissionais enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem expressaram haver complementaridade e interdependência entre suas ações, no entanto,

no que se refere aos profissionais da equipe de saúde bucal, a troca de informações relacionadas às especificidades dos seus trabalhos é restrita.

As reuniões de equipe são um espaço aberto à comunicação, com a finalidade de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações em equipe¹⁸. No entanto, vale reforçar que a interação entre os profissionais das equipes deve ser inerente ao processo de trabalho diário, devendo fazer parte da dinâmica da assistência, sem precisar de dia e hora marcados para isso, sendo necessária disposição para o diálogo e compartilhamento de saberes. Desta forma, pode-se resumir que, apesar das limitações antes referidas, a reunião tem uma função importante enquanto possibilidade dos diversos membros da equipe conhecerem o trabalho do outro e de discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana. As soluções para os problemas identificados podem ser negociadas, procurando construir consensos entre os profissionais na produção do cuidado em saúde.

4.2. Limitantes da integração

No atual contexto de fragmentação do trabalho das equipes, foram analisados os referenciais limitantes à integração entre os profissionais da equipe SB e equipe SF com vistas a uma abordagem mais unificadora no processo de trabalho. Os aspectos limitantes foram agrupados e analisados por categorias de acordo com o que se considerou a origem das dificuldades apontadas pelos participantes, a saber: 1) dinâmica das equipes; 2) perfil do profissional da odontologia; 3) estrutural; 4) modelo de organização das ações da ESF em “Clínica da Família”; 5) lógica da produtividade x ideologia da ESF; 6) rede de atenção à saúde frágil.

Esta é uma classificação didática, pois se reconhece que as categorias que constam na análise por vezes se intercedem. A pesquisa evidenciou que esses obstáculos são tendências que impedem uma maior integração entre os profissionais tendo em vista uma abordagem compreensiva às necessidades das pessoas e dos cuidados em saúde.

4.2.1. Dinâmica das equipes

Os entraves que correspondem à dinâmica das equipes estão diretamente relacionados ao cotidiano do processo de trabalho das equipes. Dentre eles, destacam-se: os desgastes que ocorrem no relacionamento interpessoal, em que se observam

muitas vezes disputas internas e autoafirmação das categorias profissionais; a centralização das agendas nas mãos da equipe de saúde bucal; contratempos da reunião de equipe.

Alguns participantes da pesquisa destacaram que o relacionamento interpessoal mal resolvido é uma das maiores dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Esse achado corrobora com outros estudos^{9,14,118} que afirmam que problemas de relacionamento são esperados, uma vez que a proximidade entre os indivíduos pela convivência de quarenta horas semanais, as diferenças de personalidade e, até mesmo, as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe são particularidades que podem gerar conflitos e ruídos na comunicação entre os trabalhadores. O trecho do gerente a seguir é ilustrativo:

Na verdade, tinha um problema também da odonto entre a odonto, problema de relacionamento que é básico, a gente sabe que acaba acontecendo, mas chegou num nível de tamanho stress que acabou prejudicando alguns processos (...). Se integrar num nova metodologia de trabalho simplesmente é um método que você não precisa ser amigo de ninguém, mas você precisa ser profissional! Então, as pessoas estavam se isolando de conversar e de ir pras reuniões pra tratar do processo de trabalho porque não gosta de um e não gosta de outro, entendeu? Isso eu não aceito! Então assim, vai além de você gostar de uma pessoa enquanto pessoa, você tem que respeitar ela enquanto profissional e você tem que avaliar que você esta inserido num processo, numa unidade, numa clinica que presta serviço pros usuários, entendeu? (...) Não tem como eu viver no meu mundinho e deixar que o outro faça o melhor pra ele também.
(Gerente 3)

Reforça-se assim, a importância da interação social e da comunicação como possibilidade de pactuar e renovar os valores subtendidos na dimensão do trabalho e, também, como forma de enfrentamento do conflito. Kreutz apud Peduzzi¹¹¹ refere que para um grupo caracterizar-se como equipe não basta que tenha eficiência técnica, mas também terá que apresentar boas relações interpessoais. Assim, a autora enfatiza o bom relacionamento, a amizade, o respeito, a união e o envolvimento no grupo como aspectos imprescindíveis para o trabalho em equipe.

Outro fator apontado na dinâmica das equipes foi a centralização das agendas nas “mãos” da equipe SB, como um fator indicativo que prejudica a reordenação da atenção nas Unidades, principalmente a partir das demandas que os ACS trazem.

A construção da agenda da saúde bucal daqui é uma construção mais centralizadora, sabe? A gente não tem assim facilidade. [...] O agente comunitário tem essa dificuldade de marcar consulta. Precisa aguardar abrir um grupo e tal... **(Gerente 2)**

O agendamento das demandas permite traçar um esquema de necessidades, onde se consegue desenvolver uma atenção olhando o paciente não apenas nos momentos de urgência. Um agendamento centralizado tem as vantagens de ser mais controlado, mas o controle nas mãos de um componente da equipe pode não otimizar o trabalho, principalmente no que se refere à contribuição dos ACS que possuem informações importantes para definir prioridades a partir das necessidades da população. O obstáculo à marcação participativa de consultas por meio da centralização das agendas nas mãos da equipe SB impõe dificuldades para a integração entre os profissionais e entre eles e a comunidade.

Outro elemento apontado como fator restritivo à integração diz respeito aos contratempos relacionados à reunião de equipe, tais como a impontualidade e a marcação das reuniões centradas nos interesses dos profissionais da equipe SF, principalmente do médico e enfermeiro. Além disso, a dificuldade é somada pela alternância da participação dos profissionais da equipe SB, já que estão vinculados a duas equipes de saúde da família não permitindo a presença semanal desses profissionais nas reuniões.

(...) Outro problema que eu tô tendo também é que a reunião de uma equipe aqui não bate. O horário de reunião é o horário que eu tô fazendo outra coisa. É o horário que eu tô na esterilização, então não tem como eu tá em dois lugares ao mesmo tempo. **(ASB)**

A Carteira de Serviços¹⁰⁴ ressalta que a equipe multiprofissional deve ter em sua programação semanal um turno para reunião de equipe, com a participação de todos os profissionais. Essas reuniões, acrescenta o documento, devem-se constituir como um espaço de troca, discussão dos casos e construção de consensos, que possibilita o compartilhamento de valores, a partir do conjunto dos saberes presentes. Desse modo, é importante, reconhecer a importância de encontrar meios para a participação democrática de todos, e também não negligenciar a necessidade de pontualidade das reuniões de equipe.

Além dos fatores destacados, outro elemento apontado pelos trabalhadores foi a heterogeneidade de contratos trabalhistas entre os profissionais, muitas vezes

aparecendo como uma barreira para a comunicação e discussão coletiva dos processos, devido aos desentendimentos que, por vezes suscitavam entre celetistas e estatutários. Embora esse aspecto não tenha sido aprofundado, ele pode servir de base para reflexões futuras.

4.2.2. Perfil do profissional da odontologia

Há um consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam sobremaneira a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários¹².

O perfil do profissional normalmente está vinculado à insuficiência de uma formação adequada, o que acaba comprometendo o trabalho em equipe e a abordagem do indivíduo de forma integral.

Bernardi & Santos¹²⁰ ressaltam que “*a formação geral de cada profissional de saúde é ainda fortemente pautada pelo individualismo, sendo muito difícil no dia-a-dia o trabalho em equipe, com a divisão de poder e com as tomadas de decisões em conjunto*” (p. 6).

O tradicional isolamento dos profissionais da odontologia, com a permanência da prática centrada em seus núcleos de conhecimento, foi outro elemento apontado que ocasiona o desencontro dos saberes. Arouca¹²¹ afirma que há um predomínio das clínicas como cenário de ensino na formação acadêmica em Odontologia e reduzida participação do cenário extramuros na composição da carga horária desse curso, o que talvez explique o afastamento desses profissionais, conforme apontado na seguinte fala de um dos gerentes.

Quando você tá com um profissional dentro da Estratégia, ele tem que pensar no contexto geral deste usuário. Não é pensar só na boca, entendeu?! O foco é a boca, mas o contexto que tem por trás dessa boca, quais as relações que tem pra essa boca tá com algum problema. Mas, às vezes eu sinto que o profissional[CD] se refugia na clínica. Eu não sei se é porque a saúde bucal entrou na Estratégia depois (...) A saúde da família seria um adulto jovem e a saúde bucal seria uma criança(...) Não sei se tem alguma relação nisso aí(...)
(Gerente 1)

Ademais, esta postura isolada reforça uma imagem estigmatizada do cirurgião-dentista, que é visto como um profissional de perfil técnico e pouco relacionado com a

“saúde geral”, o que contribui para o afastamento dos demais profissionais. Ou, de maneira mais simples: a boca parece estar fora do corpo.

O próprio título de formação acadêmica -“cirurgião–dentista”-, por si só carrega a marca da visão cirúrgica, com enfoque dentário, refletindo em práticas assistenciais individualistas descoladas dos demais profissionais da saúde, do restante do corpo e do social. A fala do gerente de uma das UBS reflete esse isolamento:

Eu percebo que quando tem um dentista do início ao fim na reunião de equipe, [ele] não interage muito na discussão. É uma coisa que é muito longe da realidade deles. Falar daquela família que é vulnerável, (...) eu percebo ainda a odonto muito longe dessa discussão. Ela tá muito mais voltada para o processo de trabalho clínico ali na cadeira do que um processo de trabalho amplo.
(Gerente 2)

O isolamento corporativo, conforme sinaliza Chaves & Miranda¹⁴ tende a definir os domínios do cirurgião-dentista no restrito ambiente do consultório odontológico, nicho de seu poder técnico. Todavia, ao mesmo tempo em que o domínio de conhecimentos clínicos e as habilidades adquiridas para a realização de procedimentos técnicos podem ter grande valia no espaço protegido dos consultórios, eles auxiliam pouco na conquista de espaços ante as equipes preexistentes da ESF.

A proposta da ESF é a transição do modelo de atenção vigente centrado na doença, no curativo, no indivíduo para um modelo de concepção ampliada da saúde, conforme indica a própria Política Nacional de Saúde Bucal⁶:

A atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo (p.10).

A carência de profissionais com o perfil adequado ao novo campo de conhecimento instituído se deve ao curto período histórico da ESF como política para a atenção básica e ao histórico de formação dos profissionais que hoje se encontram nas Unidades de Saúde¹²².

Cabe aqui uma reflexão, especialmente sobre a atuação do técnico em saúde bucal das equipes SB na ESF. Os auxiliares e técnicos em saúde bucal, quando inseridos na ESF foram incluídos, respectivamente com o nome de atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental⁴, respectivamente, pois assim eram denominados

em sua formação. Provavelmente, percebendo o equívoco dos termos “higiene dental” e “atendente de consultório” em relação às atribuições e ao nível de habilitação desses profissionais, foram trocados por denominações tecnicamente menos inadequadas para “saúde bucal”. O vocábulo técnico está perfeitamente ajustado ao que se pretende denominar, tanto em relação ao nível de habilitação quanto em relação às atribuições desse tipo de recurso humano.

Segundo Narvai¹²³, nos dias atuais não cabe a menor dúvida sobre a importância de se incorporar trabalhadores de nível elementar e médio ao cotidiano da prática odontológica. No entanto, quando inseridos na ESF, o que se percebe é a subutilização do potencial de trabalho que a categoria técnica reconhecidamente tem, de maneira que habitualmente esses profissionais, que ocupam (ou deveriam ocupar) a função de um generalista na ESF, focam suas ações somente em “práticas higienistas” e no ensino de técnicas “corretas” de escovação.

Na realidade, o trabalho desenvolvido pelo TSB é constituído por funções específicas delimitadas *a priori* pelo Ministério da Saúde¹⁸, que incluem: realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; auxiliar o cirurgião-dentista (trabalho a quatro mãos); cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; e acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

Contudo, quando se define e se limita tão claramente as atribuições dos profissionais, acaba gerando processos de trabalho fragmentados e especializados, em detrimento dos processos coletivos de planejamento, organização e realização de responsabilidades e atividades que são comuns a todos¹²⁴.

Desta maneira, há a necessidade de reformulação no processo de trabalho em saúde bucal, representando um desafio para a profissão odontológica. Vale lembrar que não se espera que esses profissionais realizem atividades que não lhes compete, uma vez que cada área tem seu núcleo de competência¹²⁵. Entretanto, todos os profissionais da saúde compartilham o mesmo campo de responsabilidades, que abrange o território das tecnologias leves. Ao contrário, espera-se que os profissionais da odontologia sejam capazes de efetivamente realizar trocas interdisciplinares com os outros profissionais da saúde, respeitando seus núcleos de competência, mas juntos trabalhando para contribuir com a qualidade de vida dos usuários.

Capistrano Filho¹²⁶ lembra que não se pode negar a necessidade de uma nova odontologia. Nova no sentido de superar o caráter ainda profundamente artesanal da prática dominante, de consultório, onde ocorre o isolamento do cirurgião-dentista, mesmo que seja uma atitude inconsciente ou não intencional, mas decorrentes de sua formação acadêmica.

O processo saúde/doença é um fenômeno complexo, o qual exige articulação entre saberes e a produção incessante de trocas entre os distintos trabalhadores da saúde, cuja interação é capaz de produzir as melhores respostas para casos singulares. Esta exigência é ao mesmo tempo ética e política e, portanto, deveria ser uma das condicionalidades da formação de trabalhadores da saúde⁷⁹.

4.2.3. Estrutural

Além da questão do perfil do profissional, soma-se a este, a condição estrutural em que os trabalhadores da odontologia foram e estão inseridos na ESF. A construção histórica da ESF não se deu incorporando a saúde bucal, que se inseriu tardiamente e sob a conformação de uma equipe à “parte”. Esta divisão técnica das equipes reflete no cotidiano da assistência uma série de condições limitantes à articulação entre as ações de cuidado e a interação comunicativa entre os profissionais das equipes, com vistas à construção de um projeto comum. A primeira delas é a desproporção de implantação entre as equipes SB e equipes de SF. Vale lembrar que nas USF estudadas, a relação entre essas equipes se dá em sua maioria de 1 equipe SB para cada 2 equipes SF.

De acordo com os participantes, a desigualdade de 1 equipe SB para cada 2 equipes SF imprime uma sobrecarga de trabalho aos profissionais, em decorrência da quantidade de famílias cadastradas que as equipes SB devem absorver, girando em torno de 7 mil usuários, causando por vezes, angústia nos profissionais.

Às vezes, me sinto frustrada por não conseguir atender de forma integral meu paciente, ou às vezes, não alcançar todos os usuários inscritos para realizar uma abordagem preventiva e promoção de sua saúde. E aí, esse usuário acaba chegando pro Pronto-Atendimento, isso porque as equipes de saúde bucal são numericamente insuficientes para atender esse grande número de pessoas. (CD)

Importa ressaltar que, os modelos em saúde bucal praticados por décadas tinham baixa cobertura e predominância de enfoque curativo, o que acabou acarretando um

excesso de demanda que hoje busca livremente as Unidades para sanar suas necessidades acumuladas de assistência odontológica.

Dessa forma, mantém-se o profissional no interior dos consultórios odontológicos envolvidos com o atendimento de demanda espontânea, dificultando a programação e o desenvolvimento de ações coletivas.

Nós [da equipe SB] ficamos com mais de uma equipe [SF], comprometendo a qualidade do nosso trabalho de promoção de saúde e atendimento aos usuários, gerando muitas reclamações por parte destes, que dizem não ter acesso à saúde bucal. A consequência disto é o número grande de urgências que os dentistas atendem e a acessibilidade fica desgastada pelo excesso de demanda. **(ASB)**

Restam basicamente os momentos das reuniões de equipe para realizarem conexões entre as diversas ações e interagirem no cotidiano do trabalho, no entanto, embora as reuniões tenham um grande potencial para articular ações estratégicas conjuntas, isso nem sempre acontece:

Não que eles não participassem das reuniões, mas não tinha troca nas reuniões desses pacientes prioritários, aquela coisa, porque eles [CD] estavam muito voltados para as demandas, muita demanda!
(Gerente 3)

A demanda reprimida na saúde bucal tem sido apontada em diversos estudos como uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a efetiva integração entre as equipes^{115,127,128}. Para Vilarinho et al.¹²⁷, a existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas impede que o tradicional modelo seja substituído totalmente por aqueles centrados nos princípios doutrinários do SUS, já que os procedimentos curativos predominam na assistência.

O excesso de demanda não é exclusividade dos cirurgiões-dentistas das equipes SB na ESF, pois em um estudo que analisou a percepção das enfermeiras sobre o trabalho em equipe, Colomé et al.⁷ identificaram que as enfermeiras apresentavam como um fator de dificuldade o excesso de demanda de usuários pelo serviço, o que ocasionava falta de tempo para articular os diversos trabalhos e planejar as ações a serem desenvolvidas. Muitas vezes, elas sentem-se meras cumpridoras de tarefas, pois não encontram tempo para pensar sobre o seu fazer. O mesmo foi observado na presente pesquisa, haja vista que grande parte das demandas não são programadas:

Eles [usuários] já conhecem a unidade de saúde como “UPA da família”, ou então “Upinha”(…) Meu Deus! Então, a gente só atende demanda espontânea?! (**MÉD.**)

Cabe uma reflexão referente à fala desta médica, pois apesar da ESF estabelecer como atendimento prioritário as demandas programadas, esse discurso, se não for cuidadosamente colocado, pode acabar sendo usado para excluir os usuários nas suas maiores necessidades.

Moreira & Franco³⁸ defendem a vinculação permanente dos profissionais a uma população de no máximo 1.200 pessoas. Isto porque, para os autores, é difícil trabalhar na lógica da vigilância em saúde em um universo maior, principalmente quando se trata de uma população adscrita que vive em condições consideradas de grande risco social e ambiental, como é o caso do território do Complexo do Alemão.

Além do excesso de demanda, ocorre que os profissionais da equipe SB não conseguem participar semanalmente das reuniões de equipe, comprometendo a interdisciplinaridade e o planejamento das ações de forma contínua, como apropriadamente a médica exemplificou:

Ela [CD] participa das reuniões a cada 15 dias, então nós estamos discutindo uma gestante, por exemplo, que aí a dentista não tá aqui naquele momento, né? E aí, numa próxima reunião ela veio, mas aí a gente já falou do problema dela [gestante](…)Então, por conta dessa divisão, a gente acaba perdendo esse olhar ampliado que a gente deveria ter. Se fosse 1 para 1 estaríamos sempre juntos, discutindo os pacientes como um todo. Essa divisão fraciona o cuidado, e a gente não consegue ter o perfil completo, a gente não forma o trabalho em equipe, acaba acontecendo equipes dentro das equipes e a gente não consegue fazer esse olhar. (**MÉD.**)

Infere-se que, a divisão estrutural dos profissionais em equipes separadas, é mais do que uma divisão meramente semântica, pois como se vê acaba sendo desenvolvido um trabalho parcelar, no qual cada trabalhador responsabiliza-se por uma tarefa de forma independente das ações dos demais, o que pode contribuir, significativamente, para a falta de responsabilização desses agentes com o resultado coletivo de suas práticas. Tal situação é corroborada pela fala dos gerentes a seguir:

Em alguns momentos eu me questiono: -“mas, por que a saúde bucal tá fazendo tão poucas visitas domiciliares?” E aí, depois em alguns momentos eu descobro: -“Ah, porque ninguém demandou! Ah,

porque os profissionais [da equipe SB] tem que ir atrás pra solicitar, pra poder fazer uma visita domiciliar". Eu fico assustado com isso!(Gerente 1)

Eu acho que essa coisa de separar a equipe de saúde da família já é complicado, porque eles [saúde bucal] fazem parte, né? Então, o próprio termo "saúde bucal" acaba que desagrega. Por ser separado, muitas das vezes causa mais distanciamento do que convergências. Deveria ser equipe de Saúde da Família e ponto. O dentista seria um integrante da equipe, né? (Gerente 4)

Merhy & Franco¹⁹ enfatizam que o problema apresentado na organização da ESF diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo MS, o que pode levar ao aborto da construção de modelos alternativos, engessando-o diante das realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional.

Os resultados da pesquisa de Farias¹¹⁵ são coerentes com esse achado em que, as maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais para a efetiva integração entre as equipes estão: a formação inadequada dos profissionais, a baixa cobertura, a demanda excessiva, a cultura de exclusão do cirurgião-dentista da equipe, a ausência de planejamento, a carência de trabalhadores e a gestão descoordenada e desinteressada.

Em seu estudo sobre a inserção da equipe SB na ESF no estado de Minas Gerais, Pereira et al.¹²⁸ encontraram os mesmos resultados em que o excesso de demanda, bem como a falta de capacitação da equipe SB e contratações trabalhistas instáveis foram apontados como pontos negativos dessa inserção.

4.2.4. Modelo de organização das ações da ESF em "Clínica da Família"

De acordo com os profissionais que atuavam na ESF há mais tempo, o modelo de organização das ações da ESF em Clínicas da Família dificulta o processo de integração entre eles. O argumento evidenciado nas falas é que a ideologia da ESF se perdeu pela sensação de menor autonomia das equipes, já que anteriormente a coordenação da Unidade de Saúde era realizada por um e ao mesmo tempo por todos os

profissionais que faziam parte dela, com o suporte gerencial dos Grupos de Apoio Técnico (GAT)^{xi} :

Esse modelo [Clínica da Família] agora de estratégia tá acontecendo muito isso. No início, a gente sabia fazer de tudo, a gente ia a reunião resolvia tudo era uma equipe só, integrado, agora não tem mais isso, acabou! **(TSB)**

Eu vivi desde o início, quando começou, eu acho que a gente era muito Saúde da Família, no sentido mesmo da palavra. A gente fazia no morro, tinha época de Natal, a gente fazia festinha na igreja. Então, a gente tinha muito isso, a gente juntava, pedia a moradores e dava presente pras crianças no Natal, no dia das crianças(...) era o módulo inteiro, de final de ano com todo mundo, isso tudo se perdeu...**(CD)**

O modelo de funcionamento da Clínica da Família, com grande número de equipes trabalhando conjuntamente (acima de 5 equipes de SF), a inserção de novos trabalhadores (administrativos, técnico de farmácia, gerente, outros) e até mesmo a instalação de infraestrutura e modernas tecnologias são percebidas como barreiras que dificultam a comunicação e diálogo direto entre os profissionais e entre eles e a população.

Antigamente era a equipe, não tinha administrativo, (...) não existia chefe dentro da Unidade, todos eram chefes, a equipe se chefiava. (...) Não tinham determinadas categorias que tem hoje, então todos os integrantes da equipe tinham que fazer uma parte. Hoje em dia eu não sei o se passa na clinica!**(TSB)**

A falta de regularidade do curso “Introdutório” foi outro fator apontado pelos profissionais mais antigos, que acreditavam no potencial agregador deste curso.

No início tinha o introdutório, era todo mundo junto. A gente tem que aprender a trabalhar em grupo. A maioria das pessoas parece que está só pensando no individualismo. Até mesmo a proposta inicial do SF era uma coisa mais de grupo, mais em conjunto. **(CD)**

Antigamente o pessoal [trabalhadores da ESF] era capacitado, hoje em dia não tem! Hoje, o pessoal entra e não sabe nem o que é o PSF, cai de paraquedas ali e acabou. Foi indicado e entra! **(TSB)**

A primeira versão da PNAB, em 2006, trazia o curso Introdutório para a capacitação inicial dos trabalhadores contratados para a ESF¹²⁹. Como o próprio nome

^{xi} Os GATs formavam equipes multiprofissionais (psicólogos e assistentes sociais) de apoio matricial para aumentar a eficácia da ESF. Cada AP possuía um GAT responsável por todas as equipes de saúde da família pertencentes a uma determinada área, que faziam parte das Coordenadorias das APs.

mesmo diz, o curso é um treinamento de introdução à proposta da ESF, que deveria ser realizado com os profissionais até 3 meses após a implantação da USF, com o objetivo de fornecer ao profissional conhecimentos básicos necessários ao desenvolvimento de suas atividades. Entretanto, essa prática se tornou gradativamente mais escassa na prática da ESF, até desaparecendo no conteúdo da segunda versão da PNAB, de 2011.

Paim¹³⁰ sugere que, embora os treinamentos e as capacitações não sejam suficientes para transformar as práticas de saúde, podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no contexto do trabalho. Neste sentido, o investimento na capacitação do conjunto da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se um elemento facilitador na construção do projeto comum. Mais do que uma simples orientação inicial, ele tem a capacidade de aproximar os profissionais, uniformizando os olhares, que ao presenciarem o treinamento juntos, favorece uma atuação mais sintonizada dentro da equipe.

A burocratização do processo de trabalho também foi apontada como impeditivo, muitas vezes, para ações articuladas e programadas entre os profissionais. Embora a crescente sofisticação e o progresso das tecnologias com eletrônicos e informatização tenham favorecido o avanço das relações de produção, o mesmo não aconteceu nas relações sociais. Os relatos a seguir explicitam:

O modelo de hoje é o que? São dados no computador, entendeu? Agora tem computador, tem tudo que é de luxo, só que falta comunicação dentro da equipe, porque ninguém sabe é de nada!
(TSB)

A gente não mudou, a gente foi obrigado a mudar. Tudo mudou pra nós, então a gente tem que dançar agora conforme a música (...) O que mudou é que agora é preenchimento de ficha, planilha, burocratizou o processo e o cuidado se perdeu. Tudo muito burocrático. A gente não tem tempo pra mais nada. Aí, quando te convida [para participar de um grupo educativo], você não tem nem o menor estímulo de ir. Eu acho que Saúde da Família nós não estamos fazendo mais! (...) Falta ânimo e tempo, porque foi tomado por outras questões... Chega uma hora que cansa! (ACS 1)

Para Franco & Merhy¹⁹, o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que os serviços se dão a partir da clínica

exercida pelo profissional de saúde, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras.

A necessidade de responder às demandas da gestão, com um grande número de atividades que cada profissional foi absorvendo, até mesmo em decorrência da quantidade de famílias cadastradas na área, fizeram com que, ao longo do tempo, a dimensão cuidadora do trabalho em equipe fosse se perdendo.

Nós já tivemos mais isso [visita domiciliar multiprofissional], mas esse novo modelo aí, é esse desespero! Antigamente, a gente ia com a enfermeira, ia todo mundo junto. Hoje em dia, é um corre- corre, tem que fazer colégio, tem que jogar isso, tem que fazer papel. Tá cada um tentando correr pra fazer o seu horário, não dá pra bater mais junto o horário de ninguém. Então, isso prejudicou muito e cada vez tá prejudicando mais. (CD)

Segundo a fala de alguns participantes do grupo focal, está havendo uma retirada dos profissionais mais antigos. Alguns estão sendo realocados em outras Unidades de Saúde ou sendo demitidos, o que interfere na continuidade das ações de cuidado.

O grupo com as pessoas com problema mental fazia desenho, grupo de escuta, com trabalhos manuais, então tudo isso vai se perdendo. (...) O pessoal conversava e ficava desenhando, fazia tipo uma terapia. Foi o início mesmo, mas isso se perdeu muito! O grupo se perdeu, porque o grupo era o 'P'[nome do responsável pelo grupo], mas tiraram ele, o jogaram pra outro módulo e não sabe-se porque, um troca-troca de pessoas.(...)Os antigos estão sendo descartados!(CD)

A ESF é muito dependente de tecnologias de conhecimento e relação humana¹³¹, precisando de profissionais que criem vínculo e acolham a comunidade, a partir da fixação deles no território. Os profissionais precisam ser valorizados em seus locais de trabalho, o que não significa manter maus profissionais nas Unidades, mas repensar sobre os motivos da realocação ou demissão desses sujeitos, já que o acompanhamento longitudinal que se estabelece na relação profissional / usuário é uma chave primordial para atenção abrangente e integrada³⁵.

As evidências demonstram que, para a APS beneficiar a saúde da população, os serviços devem ser de boa qualidade técnica, todavia não se deve prescindir da valorização dos trabalhadores, a partir da desprecarização das relações de trabalho²⁵. A precarização do trabalho é demonstrada na fala a seguir:

Eles [gestão] não tão sabendo passar essa solicitação, que está se traduzindo de forma muito autoritária! Uma pressão muito grande, muito ruim, eles [profissionais da ESF] fizeram provas pra tá aqui, e agora parece que não são valorizados: “*Ou faz como eles querem, ou vai pra rua*”!(MÉD)

Appay apud Bleicher¹³² enfatiza que o desenvolvimento tecnológico, o aprimoramento das técnicas gerenciais e o crescimento econômico não contradizem as formas precárias de trabalho, ao contrário, são simbióticas a elas. A autora mostra a contradição irônica no discurso que, quanto mais fala em cooperação e lealdade, tanto mais promove o fim das garantias aos trabalhadores e a crescente fragmentação da força de trabalho.

4.2.5. *Lógica da Produtividade X Ideologia da ESF*

Ao falar do tema precarização do trabalho, não se pode deixar de mencionar o mercado de gestão e o fornecimento de recursos humanos, que o atual programa de governo “Saúde Presente”¹⁰¹ vem adotando no Rio de Janeiro, via OS. No entanto, este não é um caso específico do município, mas um quadro geral do país, como pode ser observar no comentário de Santos¹³³:

o Estado permanece pétreo no centralismo, burocratismo e lentidão, desconsiderando alternativas de descentralização com autonomia gerencial e orçamentária, abdicando da sua responsabilidade gerencial e entregando estabelecimentos públicos para o gerenciamento privado. (p.35)

Diversos autores^{105,133} tecem críticas em relação à privatização da saúde, referindo-se ao atual neoliberalismo hegemônico como um redutor de direitos sociais, que se contrapõem aos ideários da Reforma Sanitária.

Por parte dos profissionais, também existem críticas a esse modelo das OS, observadas com o discurso recorrente no grupo em relação à cobrança excessiva com a finalidade de “bater” metas como um fator desestimulante no trabalho. No grupo focal, os trabalhadores discorreram sobre o atual momento de tensão que eles passavam em seus locais de trabalho e sobre como a lógica da produtividade, que remete ao “pagamento por desempenho” modulado pelas organizações sociais, vem se traduzindo em um mecanismo de cobrança autoritário e não participativo, conforme os depoimentos a seguir:

A gente parou de conversar o que é a Saúde da Família por conta dessas metas! Isso traz uma perda da atenção, uma perda da qualidade do cuidado. Não sei que horas a gente vai conseguir falar isso pra alguém. Mas, isso tá nos sufocando de tal maneira que a gente tá deixando de fazer Saúde da Família pra fazer número!
(MÉD)

O processo de trabalho é muito desgastante, são muitas demandas, são muitas metas, são muitas variáveis, indicadores, e aí você se vê naquele processo e você pensa: -“*não quero saber de mais nada, tô cansado, entendeu?*” (ACS 1)

Merhy⁶⁹ ressalta que deveria haver uma combinação da melhor forma possível entre eficiência das ações e a produção dos resultados centrada nos usuários, procurando a produção do melhor cuidado em saúde que resulte em cura, promoção e proteção individual e coletiva. No entanto, afirma o autor, deve-se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir os procedimentos e de ministrar o cuidado, que perante os trabalhadores, está havendo um desequilíbrio nesta relação.

Apesar de uma das funções do gerente ser a de promover a discussão dos dados com os profissionais objetivando o alcance das metas propostas no planejamento, quando não há um retorno ao serviço efetuado, isso pode ser motivo de desmotivação no trabalho, como apontam os próximos depoimentos:

Eles [gestores] não estão querendo qualidade e sim quantidade. Hoje em dia tá muito difícil porque eles só tão cobrando e cobrando! Quando você faz o seu serviço, você não recebe nenhum elogio. Eu sei que a gente tem que fazer o nosso papel, mas nem isso você recebe. Às vezes, você desanima. Mas você tem que continuar...
(ACS 2)

Tudo que você faz eles [gestores] querem que você coloque no blog, que fotografe, que mostre... Só que quando pensa em estimular, te dar um cartaz, aí, isso não acontece e há uma cobrança em cima, mas não há uma facilitação pra que aquilo aconteça, mesmo levando o nome. Tô me expondo, tô fazendo, tá legal, mas não tenho o estímulo!
(MÉD.)

Ao relatarem sobre a cobrança por parte da gestão, os profissionais apontam que uma pressão interna aflora, estimulando a competitividade entre as equipes SF, aumentando a fragmentação e o acirramento do individualismo:

Lá dentro tem uma disputa, é cada um querendo ser melhor que o outro. Mas a gente tem um gerente que estimula isso, porque ele chega pra você e fala assim: -“*Olha, a equipe tal é a melhor equipe!*”
Fez isso e isso e não pediu um centavo a ninguém e vocês não vão

fazer? [A equipe tal] não precisou da ajuda de ninguém. Como é que vocês não estão fazendo? ”(...) É competitivo e competição não é legal! (TEC. ENF.)

A ênfase na produtividade, sem valorizar a dimensão relacional do trabalho é referida como um obstáculo à realização um cuidado integral. Lacerda⁸⁴ lembra que, ao contrário da produtividade que opera na lógica de mercado, a ESF defende em seus documentos o tempo como um valor real para que ocorram relações de confiança e fortalecimento do vínculo profissional/usuário. A sobrecarga relatada por esses trabalhadores com atividades burocráticas revela um conflito que se instaura na prática cotidiana entre a meta de desempenho por produtividade e o tempo que se torna escasso para pactuar e avaliar as ações articuladas de forma constante.

O cuidado integral fica comprometido pela falta de tempo para a escuta, para o atendimento humanizado e a constituição de vínculos com os usuários. Para que o trabalho em equipe ocorra precisa-se de cooperação e solidariedade com a interação intensa e frequente entre todos os membros da equipe na definição e alcance dos objetivos com vistas ao bem comum²⁵.

4.2.6. Fragilidade da rede de atenção à saúde

Para que se efetive uma atenção abrangente e integrada, é função de todo sistema de saúde incluir cuidados primários, secundários, terciários e a coordenação entre todas as partes para garantir que sejam atendidas todas as necessidades e demandas de saúde da população²⁵. O MS define o sistema de referência e contra referência como um dos elementos chaves de organização das ações em saúde na APS¹³⁴. Contudo, os profissionais no grupo focal apontaram para o limite da oferta de consultas e exames da atenção especializada, que não expandiu na mesma proporção que a atenção básica.

A parte de emergência, as UPAs não têm dado um atendimento adequado. A gente tem recebido muita demanda, muita emergência que não seria pra unidade, não seria direcionado pra gente. Isso prejudica muito! [...] Eu mesma resolvo coisas lá [na Unidade de Saúde da Família] que não eram pra ser resolvidas lá, de cirurgia, só que me demanda tempo. Levo 1 hora e meia pra fazer um molar, que se tivesse mais acesso, mais especialistas, porque até tem, mas é precário, não dá, não abrange!(CD)

O problema não é só tanto a gestão, mas da infraestrutura ao redor, como eu te falei, você tem que ter uma gestão local, uma atenção secundária melhor, uma emergência também que atenda. Os níveis

[de atenção] se misturaram e acabou que não ficou nem uma coisa nem outra. Acho que houve uma mistura [UPA x ESF] e não tem mais a definição do que é o que. Isso rouba o nosso tempo! (**ENF.**)

Sendo a ESF o contato preferencial do usuário no SUS, mais do que somente a ação dos generalistas, todas as profissões de saúde, com maior ou menor intensidade, têm contribuições a dar nos cuidados primários de saúde, conforme assinala Mendes¹³⁵:

O estado da arte não permite o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas^{xii}: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc (p.12).

Ainda, complementa o autor, a base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica que é um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária destinado a prover atenção à saúde focalizada nos usuários, efetiva, segura, humanizada, eficiente, contínua e coordenada. Portanto, uma rede de atenção frágil, compromete a resolutividade, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade da atenção ao usuário e interfere negativamente no planejamento coletivo das ações, a partir da interação entre os profissionais.

Você acaba diminuindo seus agendamentos programados que é aquele que você faria sua consulta com mais qualidade, com mais atenção, com mais tempo. Você tem uma demanda livre que chegou, que tá na sua porta e que você não pode mandar embora, você tem que atender todo mundo porque não pode ir embora pra evitar reclamações. Isso leva a diminuir as vagas pras coisas que deveriam ser atendidos lá [na USF]. Então, assim eu não consigo fazer uma programação com minha equipe de SB para o meu hipertenso, o meu diabético que tá descompensado. (**MÉD**)

De acordo com Merhy⁶⁹, quando não ocorre a dimensão do cuidado nos serviços de saúde, os usuários reclamam da falta de interesse e responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema, sentindo-se desrespeitados e desamparados.

Desta forma, é imperativo avançar na integralidade do cuidado por meio da necessária integração com os níveis de atenção mais complexos, bem como a definição

^{xii} As redes temáticas ou Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹³⁵.

das atribuições dos serviços de pronto-atendimento, para que haja um equilíbrio na provisão das ações em direção à população.

Conforme se demonstrou, são múltiplos os obstáculos para a efetividade da integração entre os profissionais. Foram encontrados “nós” na macropolítica do sistema, que vão desde a desproporção da implantação entre as equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família, passando pela deficiente rede de atenção à saúde e carência de profissionais aptos a trabalhar com a concepção de saúde ampliada até problemas no cotidiano do trabalho, com as relações interpessoais.

Estas dificuldades implicam em baixa virtude de produzir efeitos nas ações e serviços públicos de saúde; no descrédito da população usuária que não percebe melhorias em sua qualidade de vida e na insatisfação e frustração dos trabalhadores de saúde¹²⁴.

Esse cenário tem constituído um desafio para os trabalhadores envolvidos diretamente no processo de trabalho em saúde, apontando a necessidade de reformulação no modo de trabalhar e nas relações entre os profissionais estabelecidas não só na macro, mas igualmente na micropolítica do processo de trabalho em equipe na ESF, que serão vistos adiante.

4.3. Caminhos possíveis para a integração

“A arte de fazer a vida significativa e bela envolve a descoberta de conexões entre o que parece não ter conexões, unindo pessoas e lugares, desejos e memórias, através de detalhes cujas implicações passaram despercebidas.” Theodore Zeldin

A superação dos obstáculos ao desenvolvimento do trabalho em equipe integrado exigirá uma gestão e responsabilização coletiva mais forte, orientada por um amplo leque de intervenções voltado para a integralidade do cuidado.

Serão apresentados os caminhos possíveis, apontados pelos que vivenciam a fragmentação das ações no dia a dia, como alternativas que podem contribuir para a organização do trabalho e desempenho dos profissionais em uma abordagem mais compartilhada. Encontrou-se, como denominador comum, o imperativo de comprometer os trabalhadores e a gestão, reconhecendo que interesses particulares tendem a deslocar o trabalho dos profissionais das equipes em diferentes direções.

No contexto de situar o trabalho em equipe integrado na ESF do Complexo do Alemão, os gerentes e profissionais apontaram algumas medidas estruturantes que condizem não somente à integração entre os profissionais da equipe SB e SF, mas entre todos os componentes das equipes. Estas medidas foram analisadas e agrupadas por nível de intervenção (quadro 4): macropolítico, em que a responsabilidade cabe à gestão municipal do SUS e micropolítico, correspondente à organização, planejamento e desenvolvimento do processo de trabalho das equipes.

No nível macropolítico, a primeira medida destacada de forma unânime foi a necessidade de um cirurgião-dentista por equipe de saúde da família, conforme a fala do CD.

Até pelo vínculo mesmo, que todo mundo fala que tem que ter o vínculo, né? Se o dentista tem uma equipe [saúde da família] só, tem como [ele] tá mais presente naquela equipe e se vincular, entendeu?
(CD)

Nesta perspectiva, considerando a disponibilidade de recursos, o gestor municipal do SUS deve fazer valer a Portaria nº673/2003⁵, que atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal no âmbito da ESF, estabelecendo que possam ser implantadas tantas equipes de saúde bucal quantas forem as equipes de saúde da família em funcionamento nos municípios. Essa medida, além de favorecer um trabalho integrado entre os profissionais das equipes, amplia o acesso, considerando e incluindo as especificidades loco-regionais.

Todavia, a partir da constatação dos impeditivos analisados anteriormente, mais do que igualar a relação entre as equipes, seria necessário a dissolução da equipe SB e a junção de todos os profissionais em uma equipe única. Uma vez que mesmo equiparando 1[equipe SB] para 1[equipe SF], continuariam duas equipes paralelas e todas as consequências já vistas desta fragmentação, tais como o trabalho parcelar, a ideia de que o CD é referência especializada dentro da Unidade; a centralidade da reunião na equipe de saúde da família. Portanto, a união de todos os profissionais que compõe a ESF em uma única equipe (equipe multiprofissional de saúde da família), talvez fosse um caminho mais adequado para o empreendimento de um trabalho em equipe integrado.

Outra medida apresentada por um dos gerentes foi a necessidade de homogeneizar o contrato de trabalho entre os profissionais que prestam serviço na

mesma unidade de saúde. Isto é, ou que todos sejam estatutários ou todos celetistas. Segundo Campos⁷¹, as condições de trabalho, as diferenças salariais e de competências e responsabilidades são fatores que geralmente causam segmentação entre os profissionais da equipe e desconsideração de suas ações de saúde.

Nessa perspectiva, as organizações sociais em contrato com a coordenação da área programática devem revisar a alocação de seus servidores, tentando manter uma relação mais similar possível entre eles, já que facilitaria formar uma rede de relações entre as pessoas, rompendo a visão dominante e individualista referente às diferenças de contrato trabalhistas, favorecendo um clima de igualdade, união, respeito e corresponsabilização entre os profissionais.

Como já visto anteriormente, segundo os profissionais, é essencial uma rede de atenção à saúde forte, com a expansão, principalmente, dos CEO para que possam garantir o bom atendimento no nível básico, pois a equipe de saúde bucal está realizando procedimentos do nível secundário na ESF. A fragilidade da rede e a dificuldade de acesso a determinados tratamentos impede o cuidado contínuo e integral dos usuários, o que fica evidenciado na fala do médico ao apontar para a importância de um Laboratório de Prótese que atenda às necessidades da população moradora do Complexo do Alemão.

Eu acho que tem uma série de cuidados que ainda não é ofertado pros usuários, né? Que poderiam ser vistos também. Uma coisa, por exemplo, é a prótese, que seria muito interessante. (...) Não tô dizendo que precisa ser aquela coisa melhor do mundo, mas que você pudesse propiciar, ao menos, a prótese. Não seria implante, ortodontia, não tô dizendo essas outras coisas, mas o básico. Pelo menos, o básico... (MÉD.)

A implementação da Rede de Atenção à Saúde estabelece uma maior eficácia na produção de saúde, melhora na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Os participantes do grupo focal também apontaram como uma questão essencial a contratação de profissionais, principalmente para cargos de gerência com a capacitação necessária para atuar no âmbito da ESF. Os gestores locais ocupam um papel central na liderança das equipes, mediando a interação e o diálogo entre os profissionais.

[As OS] estão mandando profissionais que ainda não tem condições de assumir [a gerência], que só atendem aos interesses de lá [das OS].

Tem que ter um gestor que entenda do negócio. Não adianta vir de Hong Kong, não adianta cair de paraquedas! Porque se não, vai acontecer isso: só vai ver um lado da moeda. (TEC.ENF.)

Campos⁷² propõe reaproximar os profissionais do resultado de seu trabalho, por intermédio do envolvimento de todos os participantes de uma equipe em funcionamento dentro de uma instituição, para que o profissional ganhe estímulo e responsabilidade pelo objeto final de sua intervenção. Neste sentido, o gerente tem papel fundamental, e disso depende o perfil, o conhecimento e a sensibilidade deste trabalhador da ESF.

No trecho a seguir na fala do CD, o investimento na qualificação e educação continuada da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os distintos profissionais, constituindo-se um elemento facilitador na construção do trabalho em conjunto.

Tem tanto curso de capacitação: detecção precoce de câncer, tabagismo, amamentação (...) Isto me torna uma profissional com uma visão mais ampla em saúde, não ficando restrita somente à bucal. Profissional da saúde bucal não vai só falar de boca, né? Mas de detecção precoce de câncer, de tabagismo. Será que porque tá escrito na minha porta “saúde bucal”, que eu tenha que só trabalhar questões da boca? Como fica o papel do dentista generalista?(CD)

Paim¹³⁰ afirma que os treinamentos e as capacitações nem sempre são suficientes para transformar os fazeres no campo da saúde, contudo podem contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no contexto do trabalho.

Neste sentido, é válido estimular, por exemplo, a participação dos profissionais em cursos a distância como o Telessaúde-Uerj e a Universidade Aberta (UNA) - SUS, como ferramentas que podem, dentre outros objetivos, contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, em que os conteúdos são ofertados online e gratuitamente aos trabalhadores da saúde.

No nível micropolítico, foi apontado a necessidade dos profissionais da odontologia se inserirem nos mais diversos grupos que acontecem na Unidade de Saúde. Ou seja, que não fiquem restritos aos grupos de promoção de saúde bucal realizados isolada e independentemente, mas que colaborem nos grupos de qualidade de vida, planejamento familiar, tabagismo, aleitamento materno, hipertensão, diabéticos, ciclo de

vida, alimentação saudável, etc. Esses grupos prioritariamente são realizados por médicos e/ou enfermeiros.

O próximo passo necessário que vejo é a mudança de alguns grupos que trabalham focados em determinadas doenças para grupos de saúde organizados de acordo com o ciclo de vida dos indivíduos, ou de necessidades específicas, como o tabagismo. (...) Pra mim, a odonto tinha que ir se inserindo nas equipes, participando desses grupos de gestantes, diabéticos e adolescentes, entendeu? Pra mostrar que não existe saúde com exclusão da saúde bucal. [ENF.]

A educação em saúde deve fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde/doença e na condução de seus hábitos. Peduzzi¹⁵ lembra que o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas permitem um aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. No entanto, a autora ressalta a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações comuns nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos. Neste sentido, os grupos educativos são um desses campos comuns que convergem os saberes de cada profissional e permite a construção interdependente do projeto assistencial.

Segundo a fala de um dos gerentes, a motivação dos profissionais deve ser uma prioridade, sendo necessário o investimento em educação permanente, feitas em rodas de conversa, fóruns de discussão, espaços de diálogo onde se debata o papel dos trabalhadores e o monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

A gente precisa fazer mais diálogos, mais rodas de conversa, fóruns de discussão que podem acontecer na Unidade mesmo, pra gente poder debater o papel da [equipe] saúde bucal na estratégia, pras pessoas começarem a entender que o dentista, a ASB, a TSB, eles não tem que tá só preocupado com a boca! Pra eles [ACS e profissionais da equipe SF] começarem a entender que eles podem começar a acionar a saúde bucal pra fazer uma VD [visita domiciliar] não só num momento de problema de saúde bucal, que eu acho que isso ainda tá mal entendido na cabeça dos profissionais. **(Gerente 1)**

O redirecionamento do modelo de atenção impõe a necessidade de um conjunto de estratégias mediadoras, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, no sentido de compartilhar expectativas sobre a razão de ser de uma equipe de saúde através do desenvolvimento de atividades coletivas sistemáticas¹³⁶.

A educação permanente é importante para fomentar as atividades coletivas e contribuir para qualificar o profissional e aprimorar suas ações para atender as

necessidades do SUS, já que a reflexão desses agentes sobre sua prática deve ser construída a partir de uma relação recíproca e integrada dos processos de trabalho¹³⁷.

Bartole⁵³ sinaliza que a temática da educação permanente percorre o trabalho em saúde bucal nas Diretrizes da Política de Saúde Bucal, na tentativa de estabelecer a qualidade estimada pelo governo federal, com vistas à superação das barreiras impostas por uma educação precária, abordando questões referentes à educação e ao trabalho no âmbito da saúde.

No que concerne à visita domiciliar expressa na fala do gerente, quando utilizada com objetivos bem delimitados, é um recurso útil para que os profissionais não se limitem ao tratamento sintomático, já que passam a compreender o usuário nas dimensões biológica, psíquica e social¹³⁸. Pinheiro¹⁷ destaca que realidade local não pode servir apenas como um local de verificação de ideias, mas sim a própria origem das ideias. Neste sentido, a autora aborda a importância de que as capacitações para as equipes da ESF não sejam voltadas apenas para as questões técnicas, mas que, nelas, sejam tratados temas referentes ao relacionamento interpessoal e ao trabalho em equipe.

O agir-comunicativo permite aos profissionais construírem, dentro de certo campo de possibilidades, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais. Esse recurso pode marcar o início da diminuição da desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos profissionais das equipes de saúde bucal e equipe de saúde da família, na medida em que há maiores possibilidades deles interagirem na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho.

Outra questão apontada por um dos gerentes como um facilitador da integração entre os profissionais das equipes foi o conhecimento do território para investigação das vulnerabilidades sociais. Tal conhecimento permite que os profissionais atuem em conjunto, elegendo prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados e contribuindo para o planejamento e programação local coletivamente:

Um desafio que pode tá melhorando mesmo é o de trabalhar as vulnerabilidades do território, de grupos específicos. Digamos, os acamados, deficientes físicos, aquelas pessoas que tem dificuldade de locomoção. Trabalhar mesmo as vulnerabilidades junto com a classificação de risco para eles [profissionais] definirem prioridades e cuidar melhor. Mesmo a Odonto tá acessando junto com a equipe[SF], né? Porque isso não acontece muito... **(Gerente 4)**

Integrar implica discutir ações a partir da realidade local, portanto é preciso aprender a olhar o território não apenas como sendo um espaço delimitado geograficamente, mas um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações, trabalham e cultivam suas crenças e culturas¹³⁹. Para tanto, é necessário potencializar o uso do prontuário eletrônico para diagnóstico, programação e implementação das atividades, segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas mais frequentes, ou daquelas famílias mais vulneráveis, respeitando o princípio constitucional da equidade.

Cabe aqui lembrar um obstáculo visto anteriormente que é o espaço da reunião de equipe. Além da necessidade do respeito à pontualidade de seus horários e da maior participação dos profissionais da equipe de saúde bucal, um dos gerentes afirma:

É um desafio meu participar o máximo possível das reuniões de equipe. Porque a gente precisa começar a olhar pra essas reuniões como um espaço de diálogo mesmo, e que essa integração começasse a se formar aí. (**Gerente 1**)

A reunião de equipe propicia a comunicação e o diálogo entre os diversos profissionais, porém para alcançar a interdisciplinaridade, não basta somente um contato entre eles (interação), há de se promover troca de ideias e informações, evidenciar conexões entre os trabalhos e discutir os casos para tomada de decisões conjuntas. Assim, se nesse espaço não forem validados e respeitados essa troca, em busca de um trabalho coletivo, no qual todos os profissionais se envolvem e, agem de acordo com seu nível de competência específico, não se pode garantir a interdisciplinaridade.

Outra medida citada diz respeito à associação das escolas e creches que estão na área de abrangência das Unidades. Segundo o grupo focal, para a realização do Programa Saúde nas Escolas (PSE), as escolas adscritas deveriam estar sob a responsabilidade de toda a Unidade ao invés de ter uma escola específica para cada equipe. Dessa forma, as atividades deveriam ser feitas em equipe (profissionais das equipes SB e equipes SF juntos), o que, por sua vez, diminuiria a sobrecarga e facilitaria a articulação entre os profissionais.

Uma coisa que eu acho muito ruim é que a escola é de uma equipe. Ela não é da Unidade. Tem o técnico de saúde que fica na escola (PSE). Se ele é da minha área, o que ele identifica de problema com as crianças, ele manda pra minha equipe, não é para a sua unidade de origem. Ai eles mandam pra eu resolver aquele problema daquela criança, às vezes a criança não é da minha área, mas a escola é

vinculada aquela equipe da medica. Tem que dar conta, como demanda livre e emergencial daquele momento. **(MED.)**

Isso eu acho uma coisa que tem que ver, pois, aqui tem territórios que algumas dentistas não têm escola, e não foi dividido igualmente. Isto causa desunião, é uma demanda a mais. **(CD)**

Importa ressaltar que não adianta só as escolas serem da Unidade, mas todos deveriam estar envolvidos, caso contrário continuará com o trabalho fragmentado.

Para finalizar, a celebração do dia de cada categoria profissional foi destacada como uma alternativa para aumentar o senso de prestígio e pertencimento dentro do “todo”. A comemoração é uma forma de constituir meios favoráveis à criação de laços afetivos no campo do trabalho, com o intuito de diminuir a apatia dos trabalhadores que ficam muitas vezes desmotivados devido ao cotidiano assoberbado, conforme se evidencia na fala a seguir.

O processo de trabalho é muito desgastante, são muitas demandas, muitas metas, muitas variáveis, indicadores. E ai, você se vê naquele processo e você pensa: -“*Ai, não quero, tô cansando, entendeu?*”. Então, não pode ser só isso, a gente estabeleceu na nossa programação anual de realmente comemorar os dias dos profissionais. Então, assim, sempre é um outro profissional que vai estar elaborando e planejando o dia do outro. Aí a pessoa vai falar: - “*Nossa, quanta importância!*” E aí, eles vão trazer apresentação, slide. Da enfermagem foi lindo, foi maravilhoso! Juntaram os médicos de duas equipes, dentistas, enfermeiros e você acaba percebendo que você faz parte de um todo e ai melhora a integração!**(Gerente 3)**

Essa medida condiz com a necessidade de comunicação entre os membros da equipe da ESF, estratégia essencial na execução do trabalho multiprofissional, pois é através do respeito e consideração mútua que poderá aflorar um trabalho democrático, participativo e de respeito às diferenças, possibilitando o estabelecimento de colaboração e responsabilização coletiva pelo cuidado¹⁶.

Sem dúvida, as diretrizes da APS estão dadas, mas é no cotidiano do trabalho que são colocadas em práticas as ações que visam à reforma dos sistemas de saúde, em sistemas mais equitativos, solidários e integrais. Embora se saiba que as propostas aqui mencionadas não garantam a construção de um projeto assistencial comum, ainda sim são alicerces necessários para materializar as boas práticas de promoção da interdisciplinaridade e fortalecer a produção do cuidado integral em saúde.

Quadro 4: Medidas de intervenção para facilitar o trabalho em equipe integrado entre os profissionais da saúde bucal e saúde da família

Nível de intervenção	Macropolítico (Papel do gestor municipal)	Micropolítico (Papel dos gerentes e profissionais das unidades de saúde)
Medidas e propostas	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer a relação de 1 cirurgião-dentista, um TSB ou 1 ASB para cada equipe de saúde da família; • Expandir a rede de serviços da atenção secundária e terciária e a resolatividade dos serviços emergenciais (UPA); • Estimular a qualificação e educação continuada dos trabalhadores através de cursos voltados para APS; • Contratar profissionais, inclusive gerentes* das Unidades, com perfil e conhecimento para trabalhar na ESF; (*não deve ter apenas perfil administrativo); • Flexibilizar o foco para a qualidade e não somente para a produtividade dos serviços, de modo a evitar a burocratização e precarização das relações de trabalho; • Homogeneizar trabalhadores que atuam numa mesma Unidade por regência de contrato trabalhista: que sejam todos ou celetistas ou estatutários; • Revitalizar o curso “Introdutório” e seu papel político na discussão de modelos de atenção integrais; • Criar uma nova carreira profissional de “técnico em atenção primária em saúde” 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares multiprofissionais; • Vincular as escolas do PSE por Unidade de Saúde da Família e não por área de abrangência; • Amenizar a competição interna e a cobrança gerencial em relação às metas dos pactos dos indicadores; • Exercer a ética e a valorização das relações interpessoais; • Priorizar tempo e espaço para a Educação Permanente dentro da Unidade de Saúde; • Reestruturar a reunião de equipe: respeitar a pontualidade e participação de todos; • Realizar ações educativas em saúde bucal de forma transversal com grupos de “qualidade de vida” (detecção precoce de câncer de boca, tabagismo, diabéticos, hipertenso, ciclo de vida, e outros); • Efetivar o conhecimento das vulnerabilidades do território e a classificação de risco; • Desmonopolizar os saberes da saúde bucal para os ACS;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em equipe assume papel fundamental na organização das ações de atenção básica, mais especificamente das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família. Contudo, ampliar o olhar do profissional para atender as necessidades da população e fortalecer as ações conjuntas na produção do cuidado em saúde não é uma tarefa fácil ou simples.

É notória a expansão em grande velocidade da cobertura da ESF na cidade do Rio de Janeiro, mas a sua consolidação não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional, o que requer esforço contínuo para que em todos os espaços possa-se construir a ideia de equipe integração.

Nessa perspectiva, a presente dissertação buscou apresentar as situações conflitantes e os nós críticos relacionados ao processo de trabalho entre as equipes de saúde bucal e a equipe de saúde da família da ESF no território do Complexo do Alemão, e trazer contribuições para se repensar a integração dos trabalhadores.

Foram evidenciados alguns limitantes da integração entre os profissionais das equipes SB e SF, que precisam ser alvo de reflexões e interesses de todos os envolvidos na consolidação da ESF, dentre os quais se destacam: as desavenças no relacionamento interpessoal; o perfil de isolamento dos profissionais da odontologia; a relação de implantação de 1 equipe de saúde bucal para 2 equipes de saúde da família; o modelo de organização das Clínicas da Família; a lógica da produtividade e a fragilidade da rede assistencial à saúde.

Muitas das medidas de integração apresentadas não são novidades, já apareceram em algum momento ora nos discursos oficiais, ora através dos escritos de autores que discutem a atenção básica no país. Todavia, entre o discurso normativo e a implementação real das políticas, por vezes, ocorre uma defasagem. Nesse sentido, este trabalho ressalta a importância de se valorizar a percepção dos próprios atores que se encontram na ponta do processo de trabalho da ESF.

O estudo pode trazer contribuições para que os profissionais de saúde, não apenas os da odontologia, mas todos que atuam na ESF do Complexo do Alemão repensem o seu trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos.

Embora os resultados desta pesquisa apontem para alterações no nível da gestão, as possibilidades da integração estão diretamente direcionadas para o lócus da organização do processo micropolítico de trabalho das equipes. Portanto, faz-se necessário criar condições para que a inter e a transdisciplinaridade aconteça nos serviços de saúde através da participação de todos da equipe.

Trabalhar em equipe implica em romper com a divisão do processo de trabalho segundo recortes verticais de segmentos por categoria profissional. A entrada da odontologia na ESF vislumbra a possibilidade de corrigir distorções provocadas pelo excesso das especializações e sua consequência- a fragmentação do cuidado. Já que, a prática atual da profissão é fruto da exaustiva ênfase dada ao caráter individualista que caracterizou a odontologia desde seu início⁹².

Neste sentido, é importante a sensibilização dos gestores para o avanço na reformulação da contradição estrutural que solidificou a dicotomia entre saúde bucal e saúde geral (da família). A integração entre as equipes não seria o mais adequado, mas a união destas equipes, formando uma única equipe multiprofissional de saúde da família com todos os profissionais atuando de maneira mais integrada possível.

À guisa da conclusão, algumas recomendações são colocadas para a reflexão de gestores e profissionais, no intuito de colaborar para a construção de pontes que façam a transição entre a fragmentação para a integralidade do cuidado em saúde.

- É imprescindível a interação entre as pessoas e a articulação dos trabalhos, com base na ética das relações, que deve ser soberana às questões particulares interpessoais. Quando necessário, deve-se contar com a solidariedade e suporte dos gerentes para harmonizar situações que possam interferir no cotidiano do trabalho entre os profissionais. Trabalhadores insatisfeitos podem prejudicar o rendimento do restante da equipe. Manter o diálogo e a empatia ajuda a criar relações de confiança com ética, compromisso e respeito.
- O familiograma, embora muito útil, é um instrumento que equivocadamente não se costuma usar. O familiograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações, o que fornece as bases para a discussão e análise das interações familiares. As ferramentas de abordagem familiar são campo fecundo para construção do trabalho inter e transdisciplinar. Bem como a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)¹⁴³, que tem

por objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde. É uma estratégia que guarda um potencial de unir e integrar os profissionais, quando implantadas nas Unidades de Saúde.

- É imprescindível notar algum sentimento no trabalho realizado, para isso dar e receber retorno (*feedback*) é fundamental. O *feedback*, por ser uma ferramenta de comunicação produtiva e de desenvolvimento das pessoas, precisa ser feito todos os dias, entre profissionais e entre eles e gestores, principalmente. Através do retorno dado às ações, pode surgir um sentimento de interdependência, compromisso e respeito entre os profissionais, no sentido de valorizar os diversos saberes. Um elogio sincero pelo gestor ou qualquer outra forma simples em recompensa ao trabalho das equipes é capaz de diminuir a frustração e uni-los, amenizando a sensação de competitividade entre as eles e de cobrança pelas metas. É importante que o gestor saiba estimular e motivar positivamente a equipe.
- É importante fortalecer a colaboração dos ACS, tornando-os multiplicadores de informações e promoção da saúde no ambiente familiar. Principalmente desmonopolizar os saberes técnicos em saúde bucal para eles e para o restante da equipe. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. É preciso desvincular as ações de saúde bucal somente à prática do cirurgião-dentista ou da equipe SB. Por isso, a ESF sugere trabalhar em equipe, num relacionamento cooperativo com as famílias, disponibilizando conhecimentos científicos, mas com habilidade para observar e comunicar esses conhecimentos.
- As categorias profissionais de nível médio que atuam na ESF(ACS, TSB, ASB e técnico de enfermagem), devido às suas especificidades tão bem delimitadas, contrárias às necessidades de um profissional da atenção básica, poderiam ser fundidas em uma única categoria, configurando uma nova carreira técnica profissional no SUS. Este seria conhecido como “técnico em atenção primária em saúde”, em que este novo profissional teria uma formação mais generalista

com capacidade para trabalhar de forma mais abrangente e integrada com a equipe multiprofissional.

Importa ressaltar que há ainda um longo caminho a se percorrer até a efetivação do modelo assistencial com base na integralidade, que não estando pronto, carece de mais e mais estudos tanto a partir dos próprios trabalhadores, quanto dos meios acadêmicos, para que a proposição do trabalho em equipe saia do plano da retórica e das intenções, superando as dimensões concretas das práticas de saúde baseadas apenas em uma justaposição de trabalhos realizados por um agregado de agentes. Enfim, é preciso resgatar o sentido original da expressão integralidade e fazer jus a ela no cotidiano das ações em saúde. Uma luta laboriosa, mas que requer o uso de toda a capacidade do ser humano de se ter esperança.

REFERÊNCIAS

1. Cebes. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! Homepage na internet 2013. [Acesso em 13 set 2013]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4700&idSubCategoria=56>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família - PSF. Brasília, DF, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília, DF, 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
7. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais das equipes de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP [serial na internet]. 2008.
8. Ferreira, RC, Varga CRR, Silva, RS. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, suppl.1, p. 1421-1428.
9. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador A. O Processo de (Des)Construção da Multiprofissionalidade na Atenção Básica: Limites e Desafios a Efetivação do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB / Rev. bras. ciênc. saúde;15(3), dez. 2011.
10. Meirelles BH. Viver saudável em tempos de Aids: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV [tese]. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em enfermagem, universidade Federal de santa Catarina; 2003.

11. Farias MR, Sampaio JJC. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. Rev. Baiana de Saúde Pública; 34(4), out./dez. 2010. p. 745
12. Costa RM, Medeiros Jr A, Costa ICC, Pinheiro IVA. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2012, Jul.-Set. 7(24): p.147-63.
13. Costa RM. Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim/ RN. [dissertação] Natal/ RN. 2009.
14. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface – Comunicação, Saúde, Educação v.12, n.24, jan./mar. 2008. p.153-67
15. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R.; Mattos RA; Barros M.e.B. (org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
16. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Lima, JCF; Pereira IB[org]. Dicionário de educação profissional em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p.419-426.
17. Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.
19. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde. 2000 [Serial on line].[Capturado 2013 jun]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>
20. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. [Org]. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO; 2001. p. 39-64.
21. Primary health care; report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6 -12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva, World Health Organization, 1978.

22. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Genebra: Word Health Organization; 2008.
23. Starfield B. Atenção primária e saúde. In: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.
24. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 585
25. Organização Pan-americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.[citado em 6 set 2013]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05
26. Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? Cad. Saúde Pública; 24(Supl. 1): 2008. P.7-27.
27. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. PUC/MG-Finep, Belo Horizonte-Brasília, 1985.
28. Brasil. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
29. Paim, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. 300f. [Tese de doutorado]. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2007.
30. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. ABRASCO, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, junho, 2006.
31. Brasil. Constituição Federal. Congresso Nacional, Brasília, DF, 1988.
32. Brasil. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
33. Mendes EV. Entrevista concedida ao portal Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. nov, 2010. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2010/11/23/eugenio-vilaca-mendes/>
34. Roncalli AG, Araújo LU. O Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à Saúde da Família. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC [org]. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal, RN: EDUFRN; 2004. p. 261- 275

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica Saúde. Brasília. 1999.
36. Viana ALA, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Physis: revista de saúde coletiva, v. 15 (Suplemento), p.225-64, 2005.
37. Brasil. Saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde. 1994
38. Moreira LCH, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Rio de Janeiro: Physis: revista de saúde coletiva, 17(1), p.173-91, 2007.
39. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, Jan.-Mar. 7(22); 2012.
40. Werneck MAF et al. Unidade didática I; Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à saúde. Módulo2: Modelo Assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte, editora UFMG Nescon, UFMG, 2008.
41. Rodrigues MP, Araújo MSSA. O processo de trabalho em Saúde da Família. [serial online]. 2008. Disponível em: <http://www.observatório.nesc.ufrn.br>
42. Merhy EE. Um os grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. SP. Hucitec. 2007.
43. Souza ECF. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. Ciência e Saúde Coletiva. Saúde Bucal Coletiva. Jan/Mar 2006. 11(1): 24-28.
44. Roncalli AGCO, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação coletiva: vol. II (1), jan/mar 1999.
45. Leite MTA, Rolim AA, Costa SGC, Taveira GS, Padilha WWN. O perfil do cirurgião-dentista atuante no Programa Saúde da Família do distrito sanitário I do município de João Pessoa- Paraíba. In anais 57 reunião anual da SBPC. Jul. Fortaleza-CE. 2005.
46. Carvalho SF, Vieira LAC, Queiroz MG. A formação da equipe de saúde da família para o cuidado em Saúde na primeira infância: perfil da equipe de saúde bucal Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). Sociedade Brasileira para o Progresso e Ciência. 2009. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/SUZANY_F.PDF

47. Pereira W. Uma história da odontologia no Brasil. In: História e Perspectivas, Uberlândia (47): 147-173, jul./dez. 2012. Disponível em <http://www.seer.ufu.br/index.php/historiaperspectivas/article/view/21268/11525>
48. Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2ªed . São Paulo: Santos, 2002.
49. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Cien Saude Colet 2003; 8(2):599-609.
50. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Cien Saude Colet 2006; 11(1):53-61.
51. Calado GS. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
52. Fernandes MJM. A educação em saúde na prática cotidiana: atuação dos profissionais da odontologia do PSF de Natal/ RN. [dissertação] natal/RN. URFN. 2007.
53. Bartole, MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. 2006. 130p. (Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2006.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 267/GM de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 6 de mar. de 2001; Sec. 1:267.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.012, de 26/12/2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
56. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública Ago 2005 ; 21(4): 1026-1035.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
58. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.840 de 07 de dezembro de 2010. Publicada no D.O.U. de 10 de Dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as

diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Brasília, DF.

59. Souza FMD, Carvalho GDF, Martins MCC. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. . Set, 2010 ; 46(3): 152-159. Disponível em: http://http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15160939201000300005&lng=es.

60. Parisotto TM, Oliveira CS, Souza-e-Silva CM, Almeida MEC, Rodrigues LA, Santos MN. A importância da prática de alimentação, higiene bucal e fatores sócio-econômicos na prevalência da cárie precoce da infância em pré-escolares de Itatiba-SP. Revista odontológica do Brasil Central. v. 19, n. 51, 2010. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/viewArticle/475>

61. Sá MRA. Prevalência de cárie dentária em crianças no concelho de Santa Maria da Feira. [dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/21952>

62. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciência e Saúde Coletiva. Saúde Bucal Coletiva. Jan/Mar 2006. 11(1): 243-246.

63. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de saúde bucal. Manual do programa Brasil Sorridente. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406

64. Arouca R. Pesquisa analisa especialidades odontológicas no Brasil. Entrevista concedida ao Informe ESNP. Publicada em 30/11/2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31525>

65. Roncalli AGCO, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação coletiva: vol. II (1), jan/mar 1999.

66. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

67. Medeiros JJ, Rodrigues LV, Azevedo AC, Lima Neto EA, Machado LS, Valença AMG. Edentulismo, Uso e Necessidade de Prótese e Fatores Associados em Município do Nordeste Brasileiro. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 12(4):573-78, out./dez., 2012

68. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. In: Processo de trabalho em saúde. Dicionário de Educação Profissional em saúde. 2011 Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>

69. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2007b. 189 p.
70. Merhy EE. Um os grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. SP. Hucitec. 2007.
71. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobremodos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, [org]. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 229-266.
72. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO. (org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 29-88.
73. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In Cecílio LC (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC. 1994. p. 117-158.
74. Ceccim RB. Equipe de Saúde: A Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: Pinheiro R.; Mattos RA (Org). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO; São Paulo: HUCITEC: 2004. p. 259-279.
75. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia - atualização. Rev. Saúde Pública, 35(1):103-9, 2001.
76. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Ciência Saúde Coletiva. 1997. 2(1). 5:19
77. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, jul/ago, 2003 p. 525- 531,
78. Pasche DF. Humanizar a formação para humanizar o SUS. Cadernos HumanizaSUS. Formação e intervenção. Política nacional de Humanização. Série B Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF; 2010.
79. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MC, Coimbra Jr, (orgs.). Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.91-108.
80. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1989.

81. Franco TB. As redes na micropolítica no processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Matos RA. "Gestão em Redes". Lappis IMS/UERJ ABRASCO. Rio de Janeiro. 2006.
82. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1 [cited 2012-11-28], pp. 1643-1652 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700076&lng=en&nrm=iso
83. Besen CB et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 57-68, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000100006&lng=pt&nrm=iso>.
84. Lacerda A. Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/ FIOCRUZ, 2007.
85. Carvalho G. Entrevista à Radis Comunicação em Saúde n. 49. Set 2006. p.17
86. Abrahão AL. Atenção Primária e o Processo de trabalho em saúde. Promoção da Saúde. [capturado em 2013]. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>.
87. Cunha JP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde - Textos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
88. Pinheiro R. Integralidade e Prática Social. Entrevista ao Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. [site da Internet] [acessado 2012 mai]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25>
89. Almeida MJ, Gonzáles AD. Integralidade da saúde- norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 3(15), 2010. p. 757- 762
90. Botazzo C, Kovaleski DF, Torres de Freitas SF. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(11). 2006.
91. Moysés, SJ In: Giovanella, L (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ed. 2013. p. 725.
92. Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(11). 2006. P.179-182.

93. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. 2a Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
94. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3^a Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
95. Complexo do Alemão. Jornal Voz da Comunidade. Acesso em: 21 set. 2013 Disponível em: <http://www.vozdascomunidades.com.br/complexo-do-alemao/>
96. Secretaria Municipal de Saúde. Portal Geo-RIO. Bairros cariocas Complexo do Alemão. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/>. Acesso em 24.07.13
97. Rio de Janeiro (Estadual). Secretaria de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Armazém de dados. Bairros Cariocas. Acesso em: 21 jan. 2013. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/>.
98. Soares AS. A paisagem como objeto de políticas públicas – o caso das favelas cariocas revista Geonorte, Edição Especial 3, 7(1), p.15-39, 2013.
99. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano do Brasil. PNUD; 2003. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>
100. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Contrato de gestão. Contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro por intermédio da SMSDC e Viva Comunidade, com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços no âmbito da AP 3.1. Documento interno. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2010.
101. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde. PMS 2009-2013. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2009.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa, Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Série D. Reuniões e Conferências Brasília – DF 2005. 4.º Seminário da Região Metropolitana I Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana. Rio de Janeiro. 2005.
103. Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. . Mapa do Município do Rio de Janeiro, segundo áreas programáticas. Disponível em: <http://www.subpav.org/logar.php?site> Acesso em 24.07.13.
104. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde. Guia de

referência rápida. Carteira de Serviços. Versão Profissional. Relação de serviços prestados na APS. Ago 2010. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/carteira/carteiraServico_APS.pdf

105. Campos, GW. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um Sistema Público de Saúde. Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília(DF): Conselho Nacional de Saúde;1992.109-117.

106. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

107. Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1993.

108. Gatti BA. Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Série Pesquisa. V.10. Liber Livro. Brasília/DF, 2005.

109. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

110. Guimaraes-Ximenes Neto FR; Coelho- Sampaio JJ. Análise do Processo de Trabalho dos Gerentes não Território da Estratégia Saúde da Família. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, 11(22); junho/2012. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165770272012000100007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 de novembro de 2013.

111. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas. Tese [Doutorado]- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.

112. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface Com. Saúde Educ.2001; 5 (9): 150-3.

113. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface Comun Saúde Educ. 2004/2005;9(16):25-38.

114. Campos EF, Belisário AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface Com Saúde Educ. 2001; 5(9):133-142.

115. Farias MR, Sampaio JJC. Análise da integração da equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.[dissertação]. Fortaleza/CE. 2009.

116. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 240 p. In: Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, v. 4.
117. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29- 47.
118. Pereira RCA, Uribe RFJ, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Comunicação, Saúde, Educação [On-line] 2013, 17 (Abr-Jun): [Data de consulta: 3 / set / 2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000200007
119. Habermas J. Teoria da la acción comunicativa. Madri: Taurus Humanidades, 1987. In: Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface – Comunicação, Saúde, Educação v.12, n.24, jan./mar. 2008. p.153-67
120. Bernardi AF, Santos TMNB. A cogestão e gestão participativa na prática de um serviço de saúde: a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS). In: Cadernos HumanizaSUS. Formação e intervenção. Política nacional de Humanização. Série B Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF; 2010.
121. Arouca R. O que se Ensina aos Futuros Cirurgiões-Dentistas? Um Estudo de Caso Etnográfico sobre Currículo e Práticas Escolares em Odontologia[tese Doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/ FIOCRUZ, 2009.
122. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2009 June;18(2). Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200005>.
123. Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. IN: Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2ªed . São Paulo: Santos, 2002.
124. Corbo AA, Morosini MVGC, Pontes ALM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: Modelos de Atenção e a Saúde da Família. [org] Morosini MV, Corbo AA. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.
125. Werneck MAF, Ferreira RC. Tecnologia em saúde bucal. In: Pinto VG,[org]. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos; 2000. P.278-91

126. Capistrano Filho D. O cirurgião dentista no Programa Saúde da Família. Rev Brasileira Odonto Saúde Coletiva. 2000; 1(2): 8
127. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Procedimentos odontológicos realizados nas equipes de saúde bucal do PSF em Teresina (PI): levantamento de seis meses. 2005.
128. Pereira AC, Lorenço AC, Silva ACB, Meneghim MC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Cienc Saúde Coletiva. vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Set./Out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800009&script=sci_arttext
129. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
130. Paim JS. Gestão da atenção básica nas cidades. In: Rassi Neto E, Bógus CM,[Org]. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, v.3. 2003 p. 183-212
131. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2002
132. Bleicher L. Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador. [Tese de Doutorado] Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Salvador/ BA, 1997.
133. Santos NR. SUS: papéis e opções da sociedade e Estado. Radis Comunicação em Saúde n. 132. Set 2013. p.35
134. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
135. Mendes EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde. Jul/2007.
136. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.
137. Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulg Saúde Debate. 1996 Jul; (12):39-44.
138. Capistrano D. Programa Saúde da Família: vantagens para médicos e pacientes.

[online]. Disponível na Internet: <<http://www.cremesp.com.br/antiores/pag3.html>> 2000.

139. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde. Cadernos de atenção básica 21. Brasília DF, 2ª Ed. 2008.p.11

ANEXO 1**Roteiro das entrevistas**

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____

Formação profissional: _____

Formação complementar (especialização na área da ESF): _____

Tempo de função/cargo na ESF: _____

1) Como o(a) senhor(a) percebe o processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde bucal na unidade? E a relação de trabalho desenvolvido entre eles e os profissionais das equipes de saúde da família?

2) Em sua opinião, eles vêm fazendo um trabalho integrado? Se sim, por quê? Se não, quais os principais obstáculos para essa integração?

3) Enquanto gerente da unidade, que medidas poderiam ser tomadas para contribuir ou facilitar essa integração (entre equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família)?

ANEXO 2**Roteiro do grupo focal**

Data do grupo focal: ___/___/___

- 1) Roda de apresentação: nome, unidade de saúde da família que trabalha e tempo de atuação na ESF
- 2) Como é o cotidiano de trabalho coletivo entre vocês? Vocês costumam articular suas ações e interagir entre si no processo de trabalho da unidade de saúde de cada um de vocês? Comente sobre como é a relação de trabalho entre cada um dos profissionais da equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal de suas unidades.
- 3) Vocês encontram alguma dificuldade para fazer um trabalho integrado? Se sim, quais as principais dificuldades que enfrenta no cotidiano de trabalho para a integração entre vocês? (foco entre os profissionais das equipes de saúde bucal e saúde da família)
- 4) A partir dessas dificuldades, o que vocês acham que poderia ser feito para efetivar essa integração? Com o que se tem hoje, quais seriam os caminhos viáveis no processo de trabalho de vocês para a efetiva integração entre os profissionais das equipes com vistas a um cuidado integral?

ANEXO 3



Ministerio da Saude
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saude Pública Sergio Arouca
 Comitê de Ética em Pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, _____, Gerente do CMS /CF
 _____, após conhecimento e aprovação, autorizo a realização do projeto intitulado **“Modelo de atenção odontológica na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro”**, de autoria de Patrícia Couto Araújo, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/FIOCRUZ, a ser realizado nessa unidade com início após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

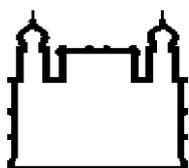
Declaro estar ciente da realização de entrevista semiestruturada com o gerente, grupo focal com os profissionais da equipe multiprofissional e pesquisa documental interna à unidade de saúde, cujo objetivo da pesquisa é analisar o atual modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro.

 Patrícia Couto Araújo
 Aluna/Pesquisadora Responsável – ENSP/FIOCRUZ
 Tel: 8221-6789/ email: ciatojo1@gmail.com
 Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP
 Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ.
 Telefone: 2598-2863

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do gerente: _____

ANEXO 4



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“Modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro”

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de projeto de dissertação de Mestrado intitulada: “**Modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro**” que será realizada com os trabalhadores das equipes de saúde da família e saúde bucal das Unidades de Saúde da Família da região do Complexo do Alemão, RJ. Essa pesquisa será desenvolvida por Patrícia Couto Araújo, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família que está sendo realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- FIOCRUZ, sob a orientação da professora Dra. Alda Lacerda.

O critério de seleção foi por sorteio, devido a sua atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família por mais de um ano e pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a equipe de saúde da família, ou com a ENSP. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira.

O objetivo geral da pesquisa é: Analisar o atual modelo de atenção odontológica na Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro. Os objetivos específicos consistem em: 1) Caracterizar o atual modelo de atenção odontológica da ESF e seus antecedentes. 2) Identificar os aspectos limitantes e facilitadores no cotidiano de trabalho entre as equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família das Unidades de Saúde da Família no Complexo do Alemão-RJ. 3) Correlacionar os limitantes e facilitadores no cotidiano de trabalho entre as equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família das Unidades de Saúde da Família no Complexo do Alemão-RJ com os conceitos da integralidade do cuidado em saúde.

A sua participação consistirá em responder às perguntas de um roteiro de um grupo focal à pesquisadora do projeto. Grupo focal consiste numa espécie de entrevista em grupo, que será composto de um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente comunitário de saúde, um técnico em saúde bucal, um auxiliar em saúde bucal e três cirurgiões- dentistas. O tempo de duração do grupo focal é de aproximadamente duas horas e será previamente agendado e pactuado entre a pesquisadora responsável e o gerente técnico da sua Unidade para não haver prejuízo em seu serviço.

Este encontro será gravado pela pesquisadora responsável/ moderadora do grupo. Não há risco em você participar, e os benefícios da sua participação consistem em

fornecer informações que permitam refletir sobre o atual modelo atenção odontológica na Atenção Primária em Saúde e suas repercussões no cotidiano do trabalho das equipes de saúde bucal e saúde da família e, desse modo, avançar na qualificação deste processo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Também participará desse encontro um observador de fora do serviço, que neste caso será a Professora Dra. Alda Lacerda, orientadora desta pesquisa. Caso você se sinta desconfortável ao falar para um grupo ou receio de expor seu cotidiano de trabalho, sinta-se a vontade para conversar com a pesquisadora sobre isso, seu bem estar é de extrema importância e como já dito sua desistência será respeitada.

O material será transcrito e analisado pela pesquisadora responsável para resultado final da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP e, em seguida, será destruído.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. Caso você deseje que seu nome ou o nome da sua instituição conste no trabalho final, isso também será atendido.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patrícia Couto Araújo

Aluna/Pesquisadora Responsável – ENSP/FIOCRUZ

Tel: 8221-6789/ email: ciatojo1@gmail.com

Endereço Profissional: Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig.

Estrada do Itararé, 650. Ramos. Complexo do Alemão.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, Térreo,

Manguinhos, CEP: 21041-210. Rio de Janeiro – RJ.

Telefone: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura: _____

Categoria Profissional: _____

ANEXO 5



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****“Modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro”**

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de projeto de dissertação de Mestrado intitulada: **“Modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família: um estudo de caso no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro”** que será realizada com os trabalhadores das equipes de saúde da família e saúde bucal das Unidades de Saúde da Família da região do Complexo do Alemão, RJ. Essa pesquisa será desenvolvida por Patrícia Couto Araújo, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família que está sendo realizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- FIOCRUZ, sob a orientação da professora Dra. Alda Lacerda.

O critério de seleção foi devido você ser o gerente da unidade de saúde pesquisada e pelo fato de poder contribuir para os objetivos da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com a equipe de saúde da família, ou com a ENSP. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira.

O objetivo geral da pesquisa é: Analisar o atual modelo de atenção odontológica da Estratégia de Saúde da Família no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro. Os objetivos específicos consistem em: 1) Caracterizar o atual modelo de atenção odontológica da ESF e seus antecedentes. 2) Identificar os aspectos limitantes e facilitadores no cotidiano de trabalho entre as equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família das Unidades de Saúde da Família no Complexo do Alemão-RJ. 3) Correlacionar os limitantes e facilitadores no cotidiano de trabalho entre as equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família das Unidades de Saúde da Família no Complexo do Alemão-RJ com os conceitos da integralidade do cuidado em saúde.

A sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder individualmente às perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 40 minutos. A entrevista será gravada, caso haja seu consentimento. A entrevista será previamente agendada e pactuada com a pesquisadora responsável, evitando prejuízo em seu serviço. Não há riscos em sua participação, mas caso se sinta constrangido ou desconfortável com as perguntas sobre seu cotidiano de trabalho, sinta-se a vontade para falar sobre isso com a pesquisadora. Seu bem estar é de extrema importância e como já dito sua desistência será respeitada. Os benefícios da sua participação consistem em fornecer informações que permitam refletir sobre o atual

modelo atenção odontológica na Atenção Primária em Saúde e suas repercussões na gestão do trabalho das equipes de saúde bucal e saúde da família no Complexo do Alemão e, desse modo, poder avançar na qualificação deste processo na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

O material será transcrito e analisado pela pesquisadora responsável para resultado final da pesquisa. Por se tratar de entrevista com um gestor, é possível a sua identificação na pesquisa, desde que autorizado por você. Caso não autorizado, qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP e, em seguida, será destruído.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Você também pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas, e a sua solicitação será prontamente atendida. Caso você deseje que seu nome ou o nome da sua instituição conste no trabalho final, isso também será atendido.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço profissional da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patrícia Couto Araújo

Aluna/Pesquisadora Responsável – ENSP/FIOCRUZ

Tel: 8221-6789/ email: ciatojo1@gmail.com

Endereço Profissional: Clínica da Família Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig.

Estrada do Itararé, 650. Ramos. Complexo do Alemão.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº 1480, Térreo,

Manguinhos. CEP: 21041-210. Rio de Janeiro – RJ.

Telefone: (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Permito a gravação da entrevista:

Sim: **Não:**

Permito minha identificação na pesquisa:

Sim: **Não:**

Desejo que meu nome e/ou o nome da minha Instituição apareça no trabalho final:

Sim: **Não:**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura: _____