

Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar

Elizabete Regina Araújo OLIVEIRA¹
Maria Cecília Azevedo de AGUIAR²
Kamila Pagotto MAGRES³
Nágela Valadão CADÊ⁴
Kenio Costa de LIMA⁵
Maria José GOMES⁶

RESUMO

O estudo de abordagem qualitativa e quantitativa foi desenvolvido para conhecer, sob uma ótica interdisciplinar, a percepção dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios de Vitória e Vila Velha, ES, sobre suas relações de trabalho numa equipe multiprofissional, com enfoque na influência das relações interprofissionais. Foram aplicados questionários aos dentistas das Equipes de Saúde Bucal da ESF desses municípios. O estudo revelou ausência da noção real, por parte dos profissionais, do que seria de fato uma equipe ou uma atitude interdisciplinar. Além disso, foram demonstradas dificuldades em romper com os modelos de atenção tradicional de enfoque curativo. Por fim, predominou o reconhecimento de mudanças significativas e de resultados positivos decorrentes da inserção de ações de saúde bucal na ESF.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Odontologia. Equipe interdisciplinar de saúde. Relações interprofissionais.

Data de recebimento: 4-10-2007
Data de aceite: 29-11-2007

¹Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFES; professora do Mestrado em Saúde Coletiva da UFES.

²Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

³Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Estácio de Sá do Espírito Santo.

⁴Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFES; professora do Mestrado em Saúde Coletiva da UFES.

⁵Professor adjunto do Departamento de Odontologia da UFRN; professor do Mestrado em Odontologia Preventiva e Social e do Doutorado em Ciências da Saúde da UFRN.

⁶Professora associada do Curso de Odontologia da UFES; professora do Mestrado em Clínicas Odontológicas da UFES.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, constitui a atual estratégia de reestruturação do modelo assistencial a partir da reorganização da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela reafirmação de seus princípios básicos – universalização, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação da comunidade.

Por isso, ao longo do texto, intencionalmente, será utilizada a terminologia “Estratégia de Saúde da Família” (ESF) em vez do termo “Programa de Saúde da Família”, por considerarmos importante tratá-la como uma estratégia político-assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde, buscando romper com uma matriz bastante forte na área da saúde que é a de considerar os programas como estruturas verticalizadas na atenção à saúde, com pouca articulação no conjunto da assistência prestada, como proposto por Almeida e Mishima (2001).

Nesse sentido, é importante considerar que, para a real implantação da Saúde da Família, faz-se necessário repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os atores envolvidos no processo de produção social da saúde. Justamente nesse ponto se situa uma das principais inovações dessa estratégia: a proposta de operacionalização mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, com ênfase no trabalho interdisciplinar para a abordagem integral à família, o que amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumenta os limites e as possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades.

Contudo o que se observa na prática é que conciliar a participação dos diferentes profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui um dos principais desafios ao programa, uma vez que desenvolver novas práticas pressupõe mudanças no modo de pensar. Nesse contexto, para que a ESF se consolide,

[...] é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Para uma compreensão contextualizada da temática, entenda-se o termo “interdisciplinaridade” menos como uma

abordagem técnico-metodológica ou uma abstração epistemológica e mais como uma atitude (MINAYO, 1994). Por sua vez, a expressão “trabalho de equipe em saúde” deve ser compreendida “[...] como uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos, e desejos, onde é possível identificar os processos grupais” (FORTUNA et al., 2005), sendo o trabalho concebido como:

[...] processo produtivo e como interação, levando-se em conta as articulações entre as ações em saúde, pelo que representam de ações estratégicas para a produção de cuidados e assistência, bem como as relações intersubjetivas, pelo que representam de ações comunicativas e partilhas de decisões (SCHRAIBER, 1999).

De modo a integrar esses conceitos, propõe-se que realizar um trabalho de equipe em saúde de modo interdisciplinar implica conectar os diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e sua valorização na produção de cuidados, com construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (SCHRAIBER, 1999; ARAÚJO; ROCHA, 2007). Para tanto, pressupõe-se que haja comunicação e interação entre os agentes envolvidos.

No campo da Odontologia, em especial, enquadrar-se nessa proposta de trabalho constitui um obstáculo peculiar. Além de a implantação das equipes de saúde bucal na ESF ser ainda muito recente (cirurgiões-dentistas e outros profissionais da área foram incluídos na estratégia apenas em 2000), a própria forma de se pensar a saúde bucal passa por uma mudança de enfoque: a atuação da Odontologia na ESF busca consolidar uma nova conduta de atendimento, com o empenho em modificar os modelos vigentes de caráter individual, reducionista, curativo-mutilador, biologicista, tecnicista, de cultura da superespecialização e de trabalho individualizado do dentista em prol de ações preventivo-educativas, humanizadas e integrais.

Com o pressuposto de que valores, crenças, nível de conhecimento e organização dos trabalhadores determinam as relações de trabalho (ALMEIDA, 2000), e de que estas, segundo conceitos de Laurell e Noriega (1989), juntamente com o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho e o trabalho propriamente dito compõem o processo de trabalho, estudos com abordagem na percepção de profissionais nas equipes da ESF sobre o trabalho em equipe têm sido desenvolvidos, como o de Baldani et al. (2005), no Estado do Paraná, o de Silva et al. (2006), no município de Coité do Nóia – PB e o de Oliveira e Spiri (2006), no município de Conchas – SP, encontrando, freqüentemente, um baixo grau de interação entre os

profissionais estudados e os demais membros da equipe multiprofissional e contradição entre teorias e práticas da estratégia. Contudo, nessas pesquisas, procurou-se conhecer de forma ampla o trabalho desses profissionais, tendo sido dada pouca ênfase especificamente às relações que influenciam a dinâmica do processo de trabalho.

Buscando adentrar nessa lacuna, justifica-se a realização do presente estudo, que tem como objetivo conhecer, sob uma ótica interdisciplinar, a visão dos cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família dos municípios de Vitória e Vila Velha, ES, sobre suas relações de trabalho em uma equipe multiprofissional, com enfoque especial na influência das relações interprofissionais no processo de trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado de março a junho de 2006 nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES, tendo como sujeitos os cirurgiões-dentistas integrantes das Unidades Básicas de Saúde que contavam com Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas à ESF até o primeiro semestre do ano de 2006.

A coleta de dados se deu por um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, validado por meio de pré-teste com dez cirurgiões-dentistas inseridos em equipes da ESF situadas no município da Serra, o qual não foi incluído no estudo.

As respostas dos profissionais foram obtidas com o consentimento de todos os participantes, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A análise dos apontamentos das questões abertas (porção qualitativa dos questionários) buscou abarcar, dentro da perspectiva da fenomenologia, o relato específico de cada profissional e, posteriormente, o conjunto da amostra. Essa leitura possibilitou identificar os temas que agregaram os profissionais em torno do consenso e que os segmentaram pela diferença, como também os paradoxos e as representações emergentes. Ao destacarmos os depoimentos dos profissionais, ressaltamos que eles foram transcritos *ipsi literis* e identificados por um código (CD 1 a CD 28), obedecendo à ordem crescente de cada questionário.

Por sua vez, os dados relativos à abordagem quantitativa foram submetidos à análise estatística descritiva, com o programa SPSS 11.5 (Social Package Statistical Science), tendo seus resultados expressos sob a forma de médias e frequências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo informações obtidas na Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA / ES), que colaborou para a realização da pesquisa, os municípios analisados dispunham de um total de 44 Unidades Básicas de Saúde no primeiro semestre de 2006, das quais 23 (52,27%) eram Unidades de Saúde da Família e, destas, 13 (56,52%) possuíam cirurgiões-dentistas nas equipes da ESF. De um total de 32 cirurgiões-dentistas, 28 (87,5%) participaram do estudo.

Ao abordar os profissionais sobre sua inserção nas equipes da Estratégia, 26 (92,9%) entrevistados relataram se sentir integrantes das equipes de forma ativa. Representam esses achados os apontamentos transcritos do questionário:

Só com um atendimento multi e interdisciplinar conseguiremos um atendimento mais amplo e integral. Todos os atores são importantes no processo (CD 4).

Fazemos um esforço para que a equipe atue como um todo" (CD 21)

Discuto caso clínico com o médico e enfermeiro da equipe. Dou opinião sobre pacientes que já visitei ou que vieram ao consultório. Participo nas campanhas de vacinação e de saúde dos idosos e da mulher fazendo ação educativa, ex: câncer de boca, exames das próteses, cuidado de higiene [...] (CD 16).

A equipe de saúde Bucal da qual pertença age ativamente junto aos outros profissionais da equipe de saúde da família no intuito de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos cidadãos (CD 22).

Atualmente me sinto totalmente inserido na equipe e não como uma parte em separado (CD 26).

Quanto à participação da Odontologia na equipe multiprofissional, nove (32,1%) cirurgiões-dentistas responderam considerar a mesma importante, como ilustrado nos apontamentos a seguir:

Iniciamos um trabalho referente à saúde bucal, mostramos assim a importância do profissional nesta área (CD 5);

Acho muito importante a odontologia juntar-se a equipe multidisciplinar, trabalhando em horário integral, mais próximo das famílias e sua realidade, a fim de desenvolver ações continuadas em saúde (CD 6);

A inserção do dentista na Equipe de PSF veio completar o atendimento integral das pessoas da comunidade (CD 3);

O dentista cada vez mais tem se inserido nessa forma de fazer saúde, mostra-se muitas vezes mais inserido e capaz de desenvolver suas ações no cuidado (CD 15);

É de suma importância a inserção da saúde bucal no PSF, visto que, temos que ter uma visão holística do paciente, vindo agregar valor ao programa (CD 19).

O fato de poucos profissionais terem revelado esse modo de pensar, apenas 10 (35,8%) participantes do estudo não terem definido posição sobre essa questão e 9 (32,1%) terem respondido considerar tímida a sua participação nas equipes, associado às respostas das questões abertas, levanta reflexões nesse contexto: não há uma noção real, por parte dos profissionais em estudo, do que seria de fato uma equipe ou uma atitude interdisciplinar, uma vez que, apesar de afirmarem sentir-se inseridos nas equipes de forma ativa, se contradizem ao reconhecerem o papel da Odontologia na equipe como importante, mas relatam que tal atuação é insatisfatória.

Como opiniões que ilustram essa questão, podem ser transcritas: “É necessário maior intercâmbio entre a equipe, há muita dificuldade em reunir toda a equipe” (CD 1); “Sugiro maior integração entre equipes” (CD 9); “Deveria ser com mais preparo individual de cada indivíduo para inserção na equipe” (CD 7).

No tocante à modesta participação da Odontologia no trabalho em equipe relatada na pesquisa, alguns profissionais (32,1%, n = 9) colocam como obstáculo a deficiência do reconhecimento do papel do cirurgião-dentista e das ações de saúde bucal pelos demais membros da equipe, como sugerido pelos relatos:

A participação não é adequada devido a entraves oferecidos pela coordenação (CD 20);

Acredito que quando o enfermeiro do PSF conhecer sobre a odontologia e for capacitado, a relação vai fluir normalmente. Então considero que o CD só vai se inserir na equipe quando a enfermagem aceitar sua importância, conhecendo o trabalho do CD. [...]. Falta parcerias com o médico e enfermeiro para instruir o paciente da importância da prevenção, [...] além do desinteresse do ACS (agente comunitário de saúde) em orientar sobre Saúde bucal (CD 16);

Existe ainda uma forte resistência dos demais profissionais que não conhecem que saúde se faz tendo as funções intimamente relacionadas para o diagnóstico diferencial de muitas doenças sistêmicas e psiquiátricas. [...]. Falta visão das atividades a serem desenvolvidas pela Saúde Bucal pelos outros membros da equipe. Muitas vezes o dentista fica alijado dos processos de planejamento local sendo convidado a discutir apenas a Saúde bucal. Não participa de qualquer tipo de capacitação inerente ao PSF, como Vigilância epidemiológica. [...]. É necessário capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros na importância da Saúde Bucal e do Cirurgião-Dentista na Estratégia de integração com outros profissionais (CD 15).

Esses apontamentos salientam que a relação horizontal, considerada condição necessária para a ocorrência de práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, nem sempre existe. Sobre esse ponto, Trench e Peduzzi (2000) sugerem que o pequeno relacionamento interno da equipe revela a inexistência de responsabilidade coletiva, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional. No contexto da ESF, isso acarreta desarticulação entre ações curativas, educativas e administrativas, bem como um baixo grau de interação entre os membros da equipe.

Outro ponto de destaque citado por mais de metade dos entrevistados (53,6%, n = 15) como fator responsável pelo distanciamento dos cirurgiões-dentistas das atividades de equipe foi a sobrecarga de trabalho a que são submetidos, como sintetizado pelas *idéias* (CD 8):

A inserção acontece de forma um tanto tumultuada pois a odontologia não trabalha de forma paritária com as equipes, pois existe 1 dentista para cada 2 a 3 equipes do PSF, sendo responsável por um n° de habitantes muito superior ao preconizado pelo SUS. [...] Daí não conseguir ainda abranger todo território (demanda acumulada intensa). Com isso também há um desgaste muito grande por parte do profissional, que fica sobrecarregado, muito tempo no consultório e com tempo insuficiente para desenvolver mais ações de promoção de saúde [...] para palestras, visitas, planejamento, avaliação, vigilância [...]. A sugestão é que tenha 1 dentista para cada equipe do PSF; assim como também 1 THD [técnico de higiene dental] para cada equipe de saúde bucal na equipe do PSF - pois assim o profissional odontológico teria maior disponibilidade de tempo para cobrir e organizar a demanda exigida para o seu território de abrangência. Certamente os resultados seriam muito mais satisfatórios.

Achados semelhantes foram relatados no estudo de Vieira et al. (2004), realizado em Maracanaú/CE, no qual os profissionais das equipes da ESF entrevistados relatam dificuldades em cumprir os princípios propostos, alegando que o número de famílias por equipe é muito acima do ideal e colocando esse fato como o principal desafio para a operacionalização de suas atividades com qualidade.

Salienta-se que, inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF. Dessa forma, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Uma vez que essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das ESB, o Ministério da Saúde (2006) passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 a partir de 2003, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas.

Apesar dessas considerações, enxergamos que, embora o número de cirurgiões-dentistas em serviço possa ser de fato reduzido para suprir as demandas da população, a visão de

que aumentar o número de profissionais representa uma forma de adequar as ações de saúde bucal aos princípios e diretrizes da ESF é um tanto simplista, como sugerem Araújo e Dimenstein (2006). As autoras argumentam que a expansão do número de ESB na estratégia é um fenômeno nacional, mas a inclusão do cirurgião-dentista em alguns municípios está se dando de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos. Tais procedimentos seriam centrados na resolução imediata dos problemas associados à saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento integral do usuário, não ocorrendo, assim, uma real melhoria das condições de saúde bucal da população.

Quando questionados a respeito da participação nas reuniões de equipe de saúde da família juntamente com os demais membros, quase todos os cirurgiões-dentistas (96,4%, n = 27) afirmaram participar. No entanto, em concordância com os seus relatos, afirmando que a sobrecarga de trabalho a que se encontram submetidos dificulta sua inserção nas atividades de equipe, os dados relacionados com a frequência dessa participação indicam que a real aproximação desses profissionais é pequena, uma vez que apenas 14 (50%) cirurgiões-dentistas relataram participar frequentemente, enquanto 11 (39,3%) disseram que participaram de forma irregular e 3 (10,7%) afirmaram participar raramente. Por outro lado, apesar desses achados, os apontamentos dos dentistas convergem para a percepção de que as reuniões em equipe são importantes para a reformulação do processo de trabalho da ESF, por terem sugerido para esse fim “Maior frequência para reuniões” (CD 1) e “Definição das programações e discussão das atividades nas reuniões” (CD 24).

De forma semelhante, ao estudar cirurgiões-dentistas da ESF do Paraná, Baldani et al. (2005) relatam composição básica insuficiente das equipes, insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa e sobrecarga de atendimento. Para os autores, esses fatores acarretam dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho, o comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e das informações entre os diferentes níveis do sistema, além de foco na realização de atividades clínicas e de conflitos na relação da ESF com a população.

Sobre os resultados que dizem respeito às atribuições realizadas pelos cirurgiões-dentistas incluídos na pesquisa, os dados mostraram corresponder em grande parte àquelas delimitadas pela Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde (2005), sendo verificada, porém, baixa frequência de realização de determinadas ações: apenas 11 (39,3%) profissionais relataram participar nos processos de planejamento, acompanha-

mento e avaliação das ações desenvolvidas na unidade de saúde da família, no desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal e na execução de ações básicas de vigilância epidemiológica.

Os achados revelam ainda que as práticas de atuação odontológica permanecem fortemente focadas nas atividades clínicas, como ilustrado pelo apontamento de que há “[...] preocupação com produção clínica em detrimento do trabalho educativo devido à cobrança do nível central” (CD 21), tendo 13 (46,4%) profissionais relatado organizar suas ações com base na doença bucal atual e 11 (39,3%) na doença bucal progressiva, com apenas 12 (42,9%) respostas contemplando a prevenção de doenças bucais. Ressalta-se que os profissionais puderam escolher mais de uma das opções de respostas disponíveis sobre as atividades por eles realizadas.

Buscando otimizar a atenção odontológica na ESF, de modo a evitar que o trabalho do cirurgião-dentista se restrinja apenas ao âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, o Ministério da Saúde (2006) sugere que 15% a 25% da hora clínica desse profissional sejam reservadas para atividades de planejamento, capacitação e atenção coletiva, recomendando cautela no deslocamento frequente do cirurgião-dentista para a execução das atividades educativas e preventivas, no nível coletivo, devendo estas serem executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar (técnico de higiene dental, auxiliar de consultório dentário ou agente comunitário de saúde), com planejamento, supervisão e avaliação por parte do cirurgião-dentista.

Contudo a realidade que se observa nos apontamentos dos cirurgiões-dentistas no presente estudo é bem diferente do que é preconizado, ficando o cirurgião-dentista focado nas atividades clínicas e o pessoal auxiliar distante das atribuições preventivo-educativas no âmbito odontológico.

Em frente ao exposto, é importante considerar que a organização de trabalho interprofissional proposta pela ESF, por si só, não garante uma ruptura com os modelos de atenção tradicionais: faz-se necessário, para tanto, mudança na forma de se produzir o cuidado pelos profissionais que constituem tais equipes, como também no modo de agir dos profissionais entre si e com os usuários (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Nesse sentido, diversos autores (BALDANI et al., 2005; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; CONILL, 2002) têm apontado os recursos humanos como um dos principais desafios à consolidação da ESF, tanto no que diz respeito à sua contratação (recrutamento), quanto à capacitação, motivação, supervisão e rotatividade de profissionais. O próprio Ministério da Saúde (2006) reconhece que não há um número satisfatório de profissionais qualificados com o novo perfil exigido pela ESF e, buscando articular o ensino e o serviço, tem investido na

formação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família.

Além da sobrecarga de trabalho e dos obstáculos de intercâmbio com os demais integrantes da equipe multiprofissional relatados, outros fatores foram mencionados como justificativas da dificuldade enfrentada em romper com esses modelos de atenção tradicional de enfoque curativo e em cumprir as demais atribuições que lhes são cabidas. Dentre eles, destacam-se os relatos de 19 (69%) cirurgiões-dentistas afirmando que a visão curativa dos pacientes é um dos entraves para realização de seus serviços: “As pessoas só se interessam pelo tratamento em si (curativo), não dando a devida importância para a promoção de sua própria saúde” (CD 17). Como sugestões para superação desse obstáculo, destacam que alguns apontamentos são necessários: “[...] maior participação nos momentos sociais executados dentro da comunidade” (CD 1) e “[...] maior entrosamento entre os profissionais da educação em saúde para promover mudança de hábito através da educação” (CD 25).

Tais relatos indicam uma vasta consciência, por parte dos profissionais em estudo, sobre a importância e a necessidade da educação em saúde para a modificação da realidade em que se inserem. De fato, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família e atende aos objetivos da estratégia: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; e d) estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse sentido, consideramos pertinente levantar a ressalva de que, apesar da consciência demonstrada pelos profissionais, tais práticas são realizadas com baixa frequência, alimentando um círculo vicioso onde o desconhecimento da população sobre saúde dificulta a realização das atribuições profissionais pelos cirurgiões-dentistas e o direcionamento que essas atividades tomam para atender à demanda clínica valorizada pelos usuários perpetua a ignorância deles.

Sobre o relacionamento entre profissionais de saúde da ESF e usuários, Friedrich e Pierantoni (2006) afirmam que, embora os trabalhadores se coloquem disponíveis para atuar em conjunto, a demanda da comunidade pela assistência de saúde tradicional é intensa, resultando em processo produtivo parcelado, fragmentado e isolado. Dessa forma, os profissionais encontram-se em um espaço de conflito, onde há contradição entre o que é proposto pela ESF e a vontade dos usuários.

Isso implica muitas vezes a total absorção dos trabalhadores em atividades de caráter imediato e pouco resolutivas. Os autores sugerem ainda que esse fato resulta também da ausência de políticas programáticas efetivas, de acordo com a realidade das áreas de abrangência de cada equipe.

A despeito de todas as dificuldades e críticas colocadas, a grande maioria (92,9%, n = 26) dos cirurgiões-dentistas estudados reconhece mudanças significativas e resultados positivos decorrentes da inserção de ações de saúde bucal dentro da ESF. Destacam-se trechos como:

A Odontologia se tornou muito importante dentro do PSF, visto que há um aumento do nível de percepção por parte da população em relação à importância da saúde bucal, melhorando com isso a qualidade de vida das pessoas. Outro ponto importante é a co-responsabilização do paciente nos cuidados com a saúde (CD 6).

Ampliação do acesso da população ao tratamento dentário, com redução das demandas. Por ir nas comunidades com toda a equipe, criação de vínculo e confiança (CD 3).

Outras mudanças relatadas como resultados positivos da ESF situam-se na temática da formação de vínculo e de co-responsabilidade com o usuário, do aumento da adesão e do acesso da população aos serviços básicos de saúde, da ampliação das ações de promoção de saúde, da possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua para a população/comunidade e da abertura para a introdução de práticas assistenciais inovadoras. Tais achados mostram-se semelhantes aos relatados no estudo de Baldani et. al. (2005), com cirurgiões-dentistas da ESF do Estado do Paraná.

Ao considerar os resultados expostos, parece claro que a mudança no processo de trabalho em saúde só pode ser pautada por uma mudança no modelo assistencial. Porém, apesar do entendimento de que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na melhoria da qualidade e humanização do atendimento prestado, é preciso reconhecer que essa mudança não depende exclusivamente deles, já que esse modelo se encontra inserido num contexto político-econômico-social em que existem interesses de vários grupos em jogo.

CONCLUSÃO

Analisar as percepções que o cirurgião-dentista da ESF tem acerca das relações de trabalho com os demais integrantes da equipe multiprofissional em que está inserido, com base nos conceitos de interdisciplinaridade, permite conhecer como tais profissionais constroem e organizam as atividades rotineiras que compõem o processo de trabalho e a produção do cuidado. Acredita-se que esse conhecimento seja útil por

possibilitar intervir na relação entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários para tentar transformar a ESF em real instrumento de reorganização do SUS, como é proposta em sua concepção.

Os achados do estudo sugerem uma premente necessidade de ampliação do envolvimento do cirurgião-dentista com os demais profissionais integrantes na estratégia, tendo a interdisciplinaridade como ferramenta fundamental a ser utilizada para o enfrentamento das dificuldades e dos impasses com os quais se deparam em suas práticas cotidianas para garantir o direito à saúde.

Salienta-se que não é pretensão deste estudo esgotar o tema e, sim, apontar caminhos que possam contribuir para a consolidação da saúde bucal na ESF. Nesse sentido, propõe-se que investigações detalhadas sobre o trabalho de equipe em saúde e sobre práticas interdisciplinares sejam conduzidas de forma mais aprofundada.

ABSTRACT

TEAM WORK RELATIONS OF DENTISTS FROM THE HEALTH FAMILY STRATEGY OF VITÓRIA AND VILA VELHA, ES: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH.

This study aims to develop an understanding of how dentists from the family health strategy of Vitória and Vila Velha, ES, perceive their work relations in a multiprofessional team. The study was developed through qualitative and quantitative methods together with an interdisciplinary approach, focusing on interprofessional relations. Questionnaires were applied to dentists from the oral health team of the strategy of Vitória and Vila Velha. It was found that the professionals lack real understanding about team work and interdisciplinary attitude. In addition, difficulties to break up the traditional model of treatment focused dentistry were demonstrated. Furthermore, there was a predominant awareness of significant changes and positive results after the introduction of dentistry at the family health strategy.

Keywords: Family Health Program. Dentistry. Interdisciplinary health team. Interprofessional relations.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho, **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 2, p. 150-153, 2001.
- ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev. C. S. Col.**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ALMEIDA, D. E. S. **Pra que somar se a gente pode dividir? Abordagens integradoras em saúde, trabalho e ambiente**. 2000. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.
- ARAÚJO, Y. P., DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte, **Rev. C. S. Col.**, v. 11 n. 1, 219-227, 2006.
- BALDANI, M. H.; et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.
- CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 2, p. 133-141, 2001.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18 (Suppl), p. 191-202, 2002.
- FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.13, n. 2, p. 262-268, 2005.
- FRIEDICH, D. B. C.; PIERANTONI C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 83-97, 2006.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Rev. Saúde Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 42-64, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família – informes técnicos institucionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.444**. Ministério da Saúde, 2006
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**.

- Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- 16 OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
- 17 SCHRAIBER, L. B. et. al, Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. C. S. Col**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- 18 SILVA, C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A. Integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família – PSF. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.
- 19 TRENCH, M. H.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem**, v. 53, n. 4, p. 143-147, 2000.
- 20 VIEIRA, E. T. et. al, O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 119-126, 2004.

Correspondência para/Reprint request to:

Kamila Pagotto Magres

Av. Espírito Santo n. 650

Bela Aurora – 29140-080

Cariacica-ES

kamilapagotto@hotmail.com