



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

HIPÁCIA FAYAME CLARES ALVES

INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

FORTALEZA - CEARÁ

2019

HIPÁCIA FAYAME CLARES ALVES

INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Moreira Costa Collares

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A479i Alves, Hipácia Fayame Clares.
Interprofissionalismo na estratégia saúde da família: : um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal / Hipácia Fayame Clares Alves. – 2019.
87 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profª. Dra. Patrícia Moreira Costa Collares.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Relações Interprofissionais. 3. Odontologia Comunitária. I. Título.
CDD 610
-

HIPÁCIA FAYAME CLARES ALVES

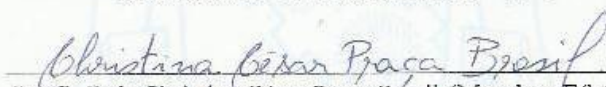
**“INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL”.**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Morcira Costa Collares (Presidente e Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof^ª. Dr^ª. Christina César Praça Brasil (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR



Prof^ª. Dr^ª. Renata de Sousa Alves (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 30/ outubro/ 2019

Fortaleza-CE

AGRADECIMENTOS

A DEUS, sempre meu primeiro agradecimento. Quem faz as melhores escolhas para a minha vida e sopra coragem diariamente na minha direção para que eu siga sempre adiante, sem receio de me renovar. No Senhor confio.

Agradeço aos meus pais pelo amor incondicional. Meu pai Ozeni, pela companhia, na rodoviária e sempre atento a minha chegada às madrugadas. Minha mãe Fátima, meu exemplo de dedicação, sempre disposta, sábia por entender que a educação é a melhor herança que se pode deixar aos filhos.

Ao meu irmão Landsteiner, meu eterno professor. Muitas vezes se dispôs a me dar caronas até à Federal, que é bem distante do seu apartamento, para as aulas do Mestrado. Aos meus olhos, o mais inteligente.

A minha avó Leoniza, minha tia Odileide, meu tio Vicente e minha prima Valéria, pelas preces constantes e felicitações sinceras pelas minhas conquistas.

A minha amiga Lucenir, mais que uma colega de trabalho, quem me apresentou e me motivou a fazer a seleção do Mestrado, o qual ressignificou minha vida profissional e pessoal, ajudando-me em todas as ações.

A minha orientadora Prof^a. Dra. Patrícia Moreira Costa Collares, pela compreensão, pela sua percepção em reconhecer os meus limites e disponibilidade em ajudar e melhorar nosso trabalho.

Aos professores membros da banca por aceitarem participar da avaliação do meu trabalho, com suas valorosas contribuições, a Prof^a. Dra. Renata de Sousa Alves, a Prof^a. Dra. Christina César Praça Brasil e o Prof. Dr. Shamyry Sulyvan de Castro. E à Prof^a. Dra. Andréa Silvia Walter de Aguiar, na qualificação.

Ao estatístico Otácio, pela generosidade em analisar os dados da minha pesquisa e repassar um pouco do seu conhecimento.

A todo o corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - UFC, pelo saber compartilhado, pelas experiências vividas, por apresentarem o melhor do SUS, de maneira prática e sensível.

Aos meus queridos colegas de turma, com suas histórias de vida incríveis, admiro-os imensamente. Agradeço pelo convívio com os queridos: Jéssica, Magna, Norma, Natália, Liana, Zilná, Adriana, Geilson, Janaína, Ana Cláudia, Ana Dodt, Karla, Júlio, Sabrinny, Raquel, Luziete, Emilyn, Wesley, Silvia, Rochelle, Chris e Karliana. A Magna ilumina o ambiente com seu jeito único, obrigada pelas conversas e caronas, bonita. A Jéssica é uma

flor, uma amiga sensível aos sentimentos dos outros, estudiosa, não tardará para Deus lhe apresentar um futuro brilhante, cheio de possibilidades para evoluir, princesa.

À coordenação do Mestrado e a todos os funcionários do departamento de Enfermagem, em especial a Suerda, sempre prestativa e gentil.

A minha família São Geraldo, que acolheu os meus trabalhos do Mestrado, cada colega é muito importante para mim, realmente uma equipe diferenciada e brilhante, em especial minha equipe de saúde bucal, Conceição e Bruna.

Àqueles que compõem a Secretaria Municipal de Saúde de Icó, por ter permitido a realização desse trabalho e compreendido a importância da qualificação profissional.

A todos os profissionais da Atenção Básica do município de Icó que disponibilizaram um pouco do seu tempo para participar da minha pesquisa, com suas sugestões valorosas. A todos os usuários e profissionais que de alguma maneira participaram e contribuíram para as atividades do Mestrado.

Ao meu amigo Márcio, pela amizade constante e ter me auxiliado em atividades do Mestrado. Ao meu amigo Naftaly, pela saúde física que proporcionou na minha vida, um presente sua amizade. A minha amiga Leidimar, que tem sempre palavras amáveis a oferecer. A amiga Nara, pelo apoio e colaboração.

A todos os auxiliares e motoristas de ônibus, táxi e Uber que me levaram até Fortaleza e facilitaram minha locomoção na cidade.

Minha gratidão a todos.

“A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.”

Aristóteles.

RESUMO

O modelo de saúde brasileiro apresentou notável mudança com o Programa Saúde da Família, então Estratégia Saúde da Família, operacionalizada por equipes multiprofissionais, adicionando-se profissionais para melhor atender a população na integralidade da saúde, a equipe de saúde bucal e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O trabalho interprofissional é crucial para a consolidação desse modelo de atenção à saúde, porém o cirurgião-dentista encontra-se diante de muitos desafios para trabalhar em equipe, advindos de sua formação tradicional de saber fragmentado. Diante de diferentes categorias profissionais, torna-se imprescindível refletir sobre o trabalho interprofissional. Objetivou-se conhecer o interprofissionalismo, no âmbito da saúde bucal, entre os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família. Tratou-se de um estudo exploratório e transversal, com complementaridade entre as abordagens quantitativa e qualitativa. Foi desenvolvido com 39 profissionais graduados da Atenção Básica do município de Icó, Ceará, Brasil, que atuavam em conjunto com equipe de saúde bucal. Dois questionários semiestruturados semelhantes, um aplicado aos cirurgiões-dentistas e o outro aos demais trabalhadores, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados. Os dados quantitativos foram tabulados através do programa Excel versão 2013 e operacionalizados com auxílio de software de análise estatística SPSS versão 23. E os qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin. O estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número 3.355.254. A pesquisa apontou que uma deficiência na manutenção técnica nas unidades, a recorrente falta de insumos e demanda excessiva de usuários prejudicam o trabalho em equipe, assim como a inexistência de um plano de cargos, carreiras e salários é motivo de descontentamento entre os profissionais, que apesar da maioria relatar ter liberdade para participar de cursos de atualização e qualificação, não há no município uma política de educação permanente. Um bom número de profissionais possui especialização em Saúde da Família (56,4%), mas entre os cirurgiões-dentistas a maioria expressiva (60%) optou por pós-graduação em área clínica. A equipe de saúde bucal representa a categoria profissional com menor assiduidade nas reuniões de equipe. Todos os profissionais consideraram importante o trabalho interprofissional e sugeriram reuniões periódicas, atividades compartilhadas mais frequentes e capacitações como forma de intensificar essa ação. As atividades mais compartilhadas com a equipe de saúde bucal foram: ações educativas do Programa Saúde na Escola, visitas domiciliares e atividades

compartilhadas, em especial, nas consultas das gestantes e de puericultura. Mas ainda são predominantes os atendimentos limitados ao consultório odontológico. A educação permanente é fundamental, evitando-se a transmissão de informações verticais de atualização de procedimentos e protocolos. O trabalho interprofissional apresenta-se, portanto, como um dos melhores métodos de atuação em saúde para enfrentar os diversos desafios presentes na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Relações Interprofissionais; Odontologia Comunitária.

ABSTRACT

The Brazilian health model presented a remarkable change with the Family Health Program, then called Family Health Strategy, operated by multi professional teams, adding professionals to take better care of the population in the integrality of health, the oral health team and the professionals of the Family Health Support Center. The interprofessional work is crucial for the consolidation of this healthcare model, however the dental surgeon faces many challenges while working in a team, due to their traditional education of fragmented knowledge. Given different professional categories, it becomes essential to reflect on interprofessional work. The objective of this study was to get to know interprofessionalism in the oral health field among the graduated workers of the Family Health Strategy. It was an exploratory and cross-sectional study, with complementarity between the quantitative and qualitative approaches. It was developed with 39 primary care graduated professionals from the municipality of Icó, Ceará, Brazil, who worked together with the oral health team. Two similar semi-structured questionnaires, one applied to dental surgeons and the other to the other workers, were used as instruments for data collection. The quantitative data was tabulated through the 2013 version of Excel and operationalized with the aid of SPSS version 23 statistical analysis software. And the qualitative ones were submitted to content analysis, thematic modality of Bardin. The study complied with Resolution No. 466 of December 12, 2012, of the National Health Council, and was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, under the number 3,355,254. The research pointed out that a deficiency in the technical maintenance in the units, the recurring lack of inputs and excessive demand from users hinder teamwork, as well as the lack of a position, career and salary plan is a reason for discontent among the professionals, which, although most report having the freedom to participate in refresher and qualification courses, in the municipality there is no permanent education policy. A good number of professionals have specialization in Family Health (56.4%), but among the dental surgeons the expressive majority (60%) chose to postgraduate in the clinical area. The oral health team represents the professional category with the lowest attendance at team meetings. All of the professionals considered interprofessional work important and suggested periodic meetings, more frequent shared activities and training as a way to intensify this action. The most shared activities with the oral health team were: educational actions of the Health at School Program, home visits and shared activities, specially in the consultations of pregnant women and childcare. But it is still predominant the attendances limited to the dental office. Permanent education is fundamental,

avoiding the transmission of vertical information to update procedures and protocols. Interprofessional work is, therefore, presented as one of the best methods of action in health to face the various challenges present in Primary Health Care.

Keywords: Family Health Strategy; Interprofessional Relations; Community Dentistry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Amostra estratificada por categoria profissional, de Icó, Ceará (2019).	37
Tabela 2 - Perfil profissional (N = 39) dos pesquisados da APS de Icó, Ceará (2019).....	38
Tabela 3 - Dimensão Infraestrutura e Insumos por categoria profissional.	40
Tabela 4 - Dimensão Direitos Trabalhistas por categoria profissional.....	42
Tabela 5 - Dimensão Política de Educação Permanente por categoria profissional.....	44
Tabela 6 - Dimensão Trabalho em Equipe por categoria profissional.	46
Tabela 7 - Médias das dimensões do Processo de Trabalho por categoria profissional.....	48
Tabela 8 - Avaliação do nível de significância da heterogeneidade da distribuição das respostas da dimensão Trabalho em Equipe.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pós-graduações da categoria dos cirurgiões-dentistas.	49
Quadro 2 - Opinião dos profissionais sobre seu papel na ESF.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROPESQ	Pró-Reitoria de Pesquisa
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 A Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde	19
3.2 Competências dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família	23
3.3 A Odontologia no Sistema Único de Saúde	25
3.3.1 <i>Trajetória Histórica</i>	25
3.3.2 <i>Promoção de Saúde Bucal como Ato Interprofissional</i>	27
4 MÉTODO	31
4.1 Abordagem e Tipo de Estudo	31
4.2 Campo de Estudo	31
4.3 População e Amostra	32
4.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	33
4.5 Análise dos Dados	34
4.6 Aspectos Éticos.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos da pesquisa.....	37
5.2 Processo de Trabalho, na dimensão Infraestrutura e Insumos, associado ao Interprofissionalismo	39
5.3 Processo de Trabalho, na dimensão Direitos Trabalhistas, associado ao Interprofissionalismo	41
5.4 Processo de Trabalho, na dimensão Política de Educação Permanente, associado ao Interprofissionalismo	43
5.5 Processo de Trabalho, na dimensão Trabalho em Equipe, associado ao Interprofissionalismo	45
5.6 Relação das dimensões do Processo de Trabalho.....	47
5.7 Qualificação profissional	48
5.7.1 <i>Papel na ESF como membro de uma equipe interprofissional</i>	48
5.7.2 <i>Contribuições da qualificação profissional para o interprofissionalismo</i>	51
5.8 Atividades interprofissionais na Estratégia Saúde da Família	52

SUMÁRIO

5.8.2 Atividades interprofissionais desenvolvidas	53
5.9 Limitações e potencialidades do interprofissionalismo	54
5.9.1 Estratégias de aproximação do CD com a equipe.....	54
5.9.2 Percepções sobre o distanciamento do CD da eSF	56
5.9.3 Demanda de atendimentos x trabalho interprofissional.....	57
5.9.4 Necessidade de capacitações/aperfeiçoamento	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CIRURGIÃO-DENTISTA	
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS	
APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO B - SUBMISSÃO DO ARTIGO	

1 INTRODUÇÃO

O modelo brasileiro de atenção à saúde caracteriza-se pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Há inúmeros desafios na consolidação da APS no país, e o aumento da cobertura é crucial, mas ainda são necessários outros pontos relativos à melhoria da gestão, integração com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade e qualidade da atenção, o que é fundamental para a garantia do atendimento equânime e integral (MALTA *et al.*, 2016).

A Estratégia Saúde da Família tem como principal objetivo reorganizar a prática na APS, incorporando as propostas da vigilância à saúde, buscando contemplar o princípio da integralidade (MATTOS *et al.*, 2014). A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), as quais abrangem um número definido de famílias localizadas em determinada área (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

A inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) teve como principal objetivo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, garantindo atenção integral e priorizando ações de prevenção e promoção da saúde bucal, mediante o estabelecimento de vínculo territorial, sendo a equipe de saúde bucal (eSB) constituída por cirurgião(ã)-dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB) e técnico(a) em saúde bucal (TSB), este último a depender da modalidade (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com equipes multiprofissionais, foram constituídos como apoio à ESF, com a grande missão de desenvolver a integralidade e auxiliar no desenvolvimento da interdisciplinaridade, e para tanto, utilizam, dentre outras estratégias de trabalho, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (PTS) (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Diante de uma equipe multiprofissional na ESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz as seguintes atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização; manter atualizado o cadastramento das famílias; realizar ações de atenção à saúde e educação em saúde; participar do acolhimento dos usuários; realizar busca ativa e notificar doenças; realizar trabalho em equipe; e participar das atividades de educação permanente, dentre outras (BRASIL, 2012).

Para que o trabalho de Saúde Bucal na ESF integre toda a equipe de profissionais, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos, é fundamental a compreensão de todos do processo saúde-doença, ampliando a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado apenas à atividade do cirurgião-dentista (FERREIRA *et al.*, 2014).

Portanto, inserir a equipe de saúde bucal na ESF não significa apenas incluir estes profissionais na equipe, mas favorecer a articulação refinada e a mútua colaboração entre todos os membros da equipe de trabalho, bem como o desenvolvimento de ações partilhadas, visando à integralidade do cuidado em saúde (PERUZZO *et al.*, 2018).

A formação de profissionais voltados à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), deve ser viável por meio da articulação entre a educação superior e os serviços de saúde. E para que a saúde bucal envolva toda a equipe de saúde da família (eSF) é essencial que os profissionais entendam que múltiplas dimensões influenciam o processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2015).

O interprofissionalismo trata da interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, possibilitando uma atenção à saúde mais ampla, com respeito às diversas opiniões, compartilhando soluções para os problemas, sendo essencial para a atenção centrada nas necessidades dos usuários e suas famílias, na perspectiva de uma saúde continuada, recurso que alavanca a efetividade dos sistemas de saúde (MATUDA *et al.*, 2015).

Uma abordagem interprofissional nos sistemas de saúde traz para a agenda a necessidade da adoção de estratégias para melhorar a interação entre os profissionais, para uma atenção centrada nas necessidades dos pacientes e das comunidades e que alcance melhores condições de saúde (DIAS *et al.*, 2014).

Para tanto, uma nova configuração interna deve ser gerada com a troca entre diferentes saberes, que, se ouvida e compreendida, criará a possibilidade de atitudes complementares. Mas essa atitude não se dará porque duas ou mais profissões habitarão o mesmo espaço, e sim porque se produzirá um ambiente no qual os profissionais vão interagir, se comunicar, trocar e unir informações e conhecimentos (MAIA *et al.*, 2013).

Diante dessa complexidade do processo saúde-doença, a atuação interprofissional constitui elemento importante para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Embora cada profissional tenha a liberdade para introduzir mudanças necessárias à realidade de cada território, sua ação deve ser articulada com o propósito de cuidar do ser humano (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Como estratégia inovadora, o interprofissionalismo pode desempenhar um importante papel pela possibilidade da ajuda mútua, ampliando a compreensão do processo saúde, doença e intervenção (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). Mas ainda é preciso melhorar para que seja parte integrante da prática de cuidados primários nas rotinas de trabalho (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

Um levantamento foi realizado na base de dados MEDLINE, via PubMed e LILACS, com obtenção de artigos sobre o interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família, além de livros e documentos do Ministério da Saúde. Neste levantamento, notou-se a relevância da temática para se alcançar êxito na promoção de saúde bucal e na saúde em geral.

Diante do exposto e da minha experiência profissional na Estratégia Saúde da Família do município de Icó, Ceará, Brasil, constatou-se que o trabalho na Atenção Primária à Saúde é propício para o interprofissionalismo, porém a equipe de saúde bucal ainda se encontra um tanto segregada do restante da equipe da ESF, evidenciando-se fragilidades neste segmento e a necessidade dessa constatação em prol do crescimento interprofissional na APS.

Nessa conjuntura, ter o interprofissionalismo como meta dentro da Estratégia Saúde da Família é primordial para que o trabalho em equipe possa agregar valor aos atendimentos dentro das UAPS. O presente trabalho pretende expor essa realidade, com o propósito de expor novas perspectivas de melhorias dos processos de trabalho na APS do município de Icó, fundamentadas no interprofissionalismo.

As ações interprofissionais, no âmbito da saúde bucal, trazem benefícios tanto aos usuários, com a possibilidade de ter seus casos discutidos por trabalhadores de áreas diversas da saúde, quanto aos próprios profissionais envolvidos, que, em equipe, podem agregar mais conhecimento, compreender melhor o trabalho dos colegas e, por conseguinte, edificar o vínculo na equipe.

A partir desse estudo, que trata das relações de trabalho dos profissionais graduados da ESF de Icó, com ênfase nas ações de promoção da saúde bucal, espera-se obter através da escuta dos pesquisados, a compreensão de como acontece esse interprofissionalismo na prática, com suas limitações e potencialidades, sugerindo-se capacitações antes do ingresso do trabalhador na ESF e seguimento pela Educação Permanente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as ações interprofissionais no âmbito da saúde bucal, na perspectiva dos trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar, profissionalmente, os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família do município de Icó - Ceará;
- Identificar as atividades interprofissionais, na promoção de saúde bucal, que acontecem na Estratégia Saúde da Família;
- Averiguar as limitações e potencialidades do interprofissionalismo, bem como seu valor na Atenção Primária à Saúde;
- Contribuir para uma reflexão sobre os efeitos do interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para realização da revisão de literatura, utilizaram-se os seguintes questionamentos para nortear a busca na base de dados: Como o interprofissionalismo acontece na Estratégia Saúde da Família? Como acontecem as relações interprofissionais entre a equipe de saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família?

De abril a setembro de 2019 foi realizada a revisão de literatura na base de dados MEDLINE, via PubMed e LILACS, utilizando-se os seguintes descritores em português, inglês e espanhol: Estratégia Saúde da Família, Family Health Strategy, Estrategia de Salud Familiar; Relações Interprofissionais, Interprofessional Relations, Relaciones Interprofesionales; Odontologia Comunitária, Community Dentistry, Odontología Comunitaria.

Foram obtidas produções científicas publicadas no período de 2010 a 2019, que tratavam do interprofissionalismo na ESF, além do uso de livros e documentos do Ministério da Saúde, constatando-se a relevância da temática na promoção de saúde.

3.1 A Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde

Um dos marcos na saúde pública mundial foi a Conferência Mundial de Saúde em Alma-Ata, realizada em 1978, onde se estabeleceu o consenso de que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria a estratégia fundamental e a porta de entrada dos sistemas de saúde. A partir deste momento, vem ocorrendo, mundialmente, o fortalecimento da APS como eixo orientador de organização dos sistemas de saúde e otimização dos recursos disponíveis (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

No Brasil, na década de 1990, com a institucionalização da Constituição de 1988, a qual criou o Sistema Único de Saúde, o processo de descentralização da saúde e o destaque assumido pela APS na agenda setorial promoveram importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde, sendo evidenciado um alto investimento na ampliação do seu acesso (CASTRO; MACHADO, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde, também denominada Atenção Básica, constitui-se em um conjunto de ações de saúde que engloba a promoção, prevenção, diagnóstico e prestação de cuidado, desenvolvidas por intermédio do exercício de práticas gerenciais, democráticas, participativas e sanitárias (BRASIL, 2003).

A Atenção Primária à Saúde é considerada como porta de entrada do Sistema de Atenção à Saúde, que integra e coordena o cuidado, atuando na resolução da maioria das necessidades de saúde da população. É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, referindo apenas os casos que exigem atuação especializada (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

A APS é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015).

Assim, a Atenção Primária à Saúde deve ter uma abordagem dirigida a populações de territórios bem delimitados, sob a forma de trabalho em equipe, a qual assume responsabilidades que, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações. E deve ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (PROTASIO; MACHADO; VALENÇA, 2015).

Seus princípios e diretrizes vêm crescendo ao longo dos últimos anos, período no qual a Saúde da Família vem se constituindo como uma das principais estratégias dos gestores do SUS, na perspectiva de se efetivar os princípios da universalidade e da integralidade da atenção e reorganizá-la (BRASIL, 2014).

As transformações na política nacional de Atenção Primária à Saúde ganharam expressividade com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com a proposta de reorientação do modelo assistencial existente (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015), bem como com a aprovação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996, que promoveu avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para municípios e Estados, redefinindo suas competências e caracterizando as responsabilidades sanitárias dos municípios (CASTRO; MACHADO, 2012).

Impactos positivos também surgiram com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde, em março de 1994, com estratégias prioritárias para o fortalecimento da Atenção Básica nos sistemas municipais de saúde, e uma forma de operacionalizar o SUS e consolidar os princípios estabelecidos na Reforma Sanitária

Brasileira na Constituição Nacional de 1988 e no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986 (FARIAS; SAMPAIO, 2011).

O PSF foi criado para substituir o modelo hospitalocêntrico aplicado no Brasil, que tinha por objetivo somente a cura de doenças, o que gerava a aplicação indevida dos recursos tecnológicos, com baixa resolubilidade e insatisfação dos usuários. Esse programa prioriza as ações de promoção, proteção e restauração da saúde das pessoas e famílias de forma integral e contínua, visando alcançar a integralidade e a universalidade de atenção, preconizadas pelo SUS, com a participação da sociedade (MOURA *et al.*, 2015).

O Programa Saúde da Família é considerado como a maior transformação estrutural executada na saúde pública brasileira, incorporando ações combinadas, com a humanização das práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a sociedade e incentivando o reconhecimento da saúde como direito da cidadania e qualidade de vida (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

O Programa Saúde da Família passou, então, a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), permanecendo a prerrogativa de ser uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, com o objetivo principal de viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade (JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015). A ESF representa a estratégia inovadora e estruturante da Atenção Primária à Saúde no Brasil e, em última análise, do próprio SUS, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde, contribuindo para a ultrapassagem da visão fragmentada e reducionista do ser humano, em prol da adoção de uma concepção integral da dimensão individual, possibilitando o melhor entendimento do processo saúde-doença dos usuários (FAUSTO *et al.*, 2014).

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, constatadas por meio de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O modelo da ESF traz como diretrizes a integralidade e a equidade da atenção, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado das famílias e das pessoas sob sua responsabilidade. A organização do trabalho das equipes deve estar centrada nas necessidades dos usuários e na busca contínua de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população (DIAS *et al.*, 2014). Assim, a ESF propõe que a atenção à saúde centre-se na família,

entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrarem em contato com os determinantes sociais das populações, proporcionando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF pretende garantir a aproximação dos profissionais e dos centros de saúde da família da população, promovendo o acesso aos serviços básicos ao possibilitar o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários, bem como viabilizar a continuidade do cuidado, aumentando, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolução dos problemas de saúde mais comuns, a fim de proporcionar maior impacto na situação de saúde local (DIAS *et al.*, 2014).

Para que possa cumprir o seu papel, a Estratégia Saúde da Família vem se fortalecendo para reorganizar a prática na APS, com inovação tecnológica na gestão e na organização do trabalho (MATTOS *et al.*, 2014). Funciona com equipes multiprofissionais em Unidades de Atenção Primária à Saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Além dos profissionais da equipe mínima (médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde), podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal (inseridos na estratégia apenas no ano 2000): cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar o escopo de suas ações. É constituído por uma equipe multiprofissional, atuando em conjunto, compartilhando e apoiando as práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família, a fim de reforçar e ampliar as ações da APS (BRASIL, 2014).

O NASF se constitui como um recurso essencial para a reorganização dos serviços e a redefinição do modelo de prática iniciado pela ESF, por reforçar as necessidades de articulação do conhecimento nas equipes, de aprimoramento da interação entre seus integrantes, de desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho (MATUDA *et al.*, 2015).

O reconhecimento da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência

do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011). Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde é qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para fortalecer a APS são evidentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e à provisão dos serviços, bem como os possíveis impactos produzidos na saúde e no bem-estar das populações (FAUSTO *et al.*, 2014).

3.2 Competências dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica, nos moldes da Estratégia Saúde da Família baseada no trabalho em equipe é um espaço privilegiado para prática e formação interprofissional em saúde (SILVA *et al.*, 2015). Esse campo de trabalho da ESF é um espaço para troca, socialização de práticas e saberes entre todos os profissionais que integram a Atenção Primária à Saúde no Brasil, incluindo o NASF (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Segundo Ellery (2014), o princípio do interprofissionalismo é critério fundamental que orienta equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família, embora a ação profissional ainda pareça ser marcada por uma lógica caracterizada pela delimitação estreita de territórios de cada categoria.

O sucesso de uma abordagem que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é notável, e requer atuação de diversos profissionais de saúde: médico, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentre outros - para conferir o caráter interprofissional da atenção à saúde (PEDUZZI, 2016).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são atribuições comuns dos membros das equipes de Atenção Básica: participar do processo de territorialização e mapeamento da área; manter atualizado o cadastramento das famílias; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, responsabilizando-se por ela, e realizando ações quando necessárias; acolhimento dos usuários; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos;

realizar reuniões de equipes, avaliando as ações; trabalho em equipe; ações de educação em saúde; e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2012).

Quanto às atribuições específicas dos enfermeiros, destacam-se as consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe. Já dentre as competências particulares dos médicos evidenciam-se as consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UAPS; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção; e realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe (BRASIL, 2012).

No que compete aos cirurgiões-dentistas, pode-se destacar as devidas competências específicas: realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar as ações de saúde; e realizar supervisão técnica do auxiliar e do técnico em saúde bucal (BRASIL, 2008).

Na composição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família estão previstas equipes formadas por trabalhadores de diferentes categorias profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2015), que devem, dentre outras atribuições: conhecer e articular os serviços de saúde e sociais existentes no território; identificar, em conjunto com a comunidade e as eSF, o público prioritário para o desenvolvimento das ações; atuar na prevenção e na promoção da saúde por meio de ações educativas; promover ações interdisciplinares com as eSF, além de apoiar as equipes para populações específicas (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013).

Essa atuação do NASF deve se dar a partir das necessidades, dificuldades ou limites das equipes de Atenção Básica diante das demandas e das necessidades de saúde, buscando contribuir para o aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas, assim como para auxiliar na articulação com outros pontos da rede de atenção, garantindo a continuidade do cuidado dos usuários (BRASIL, 2014).

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal a atuação da equipe de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe deve se relacionar com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a ampla abordagem do indivíduo, atentando-se ao contexto no qual está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer entre todos os profissionais de saúde para possibilitar

que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados nas práticas (BRASIL, 2004).

Para Peduzzi (2016), é importante a discussão em torno da ampliação da prática das profissões da saúde, para que os profissionais de cada área executem tudo que foram formados para fazer e atuem com o conjunto de suas competências. As profissões não são estáticas e se modificam à medida em que se muda o perfil populacional, as necessidades de saúde e o modo de organização dos serviços e de cuidado em saúde.

Na equipe de saúde da família deve haver inter-relação das competências dos profissionais, com o objetivo comum de melhorar o estado de saúde dos usuários. É preciso, portanto, estabelecer vínculo com o usuário, acolhendo-o com qualidade (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

3.3 A Odontologia no Sistema Único de Saúde

3.3.1 Trajetória Histórica

Como dito anteriormente, o Ministério da Saúde inseriu a saúde bucal no SUS seis anos após a criação do Programa Saúde da Família, proporcionando um modelo de vigilância à saúde que enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças, considerando-se que a saúde bucal é um componente vital da saúde, que contribui para o bem-estar e qualidade de vida, com fortes projeções biológicas, psicológicas e sociais (FERREIRA *et al.*, 2014).

Foi a Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, tendo em vista a necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, para melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e incentivar a reorganização da saúde bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2000).

Com a inserção da Odontologia na ESF, novas atribuições foram agregadas ao processo de trabalho do cirurgião-dentista, priorizando a promoção à saúde dos indivíduos e da família, deixando de ser realizada apenas nas unidades de saúde e passando a incluir ações em domicílios e espaços comunitários (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015). A Atenção Básica recebeu um complemento essencial e a sociedade, uma nova proposta odontológica com um estreito relacionamento entre profissional e usuário (FERREIRA *et al.*, 2014).

Muitos foram os motivos apontados como principais estimuladores da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF: os incentivos financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde; a crença dos gestores de que esse novo modelo melhoraria a saúde bucal da população; e a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseadas na promoção, prevenção e recuperação da saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Os grandes acontecimentos catalisadores das mudanças em termos de modelo assistencial, de processo de trabalho e da contribuição da saúde bucal coletiva foram o incentivo proposto pelo Governo Federal para estimular a incorporação da Odontologia na ESF, o Brasil Sorridente e o paralelo amadurecimento acadêmico, técnico e político do movimento sanitário bucal brasileiro (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente, com o propósito de estabelecer o direito do cidadão brasileiro ao acesso ao tratamento odontológico gratuito pelo SUS, envolve ações individuais e coletivas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. E engloba ações preventivo-curativas, fluoretação das águas, Educação em Saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor (BRASIL, 2004).

Na perspectiva deste redimensionamento da atenção em saúde, as diretrizes da PNSB indicam uma remodelação das ações da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como serviços de referência para a atenção de média complexidade, além dos laboratórios regionais de próteses dentárias, constando também a assistência hospitalar (PIRES; BOTAZZO, 2015).

A PNSB tem direcionado o modelo de atenção à saúde bucal, na Atenção Básica, para uma transformação na forma de abordagem dos problemas, de modo a enfrentar o modelo odontológico predominante, que ao longo dos anos produziu obstáculos na direção do cuidado integral do usuário por distanciar a equipe de saúde bucal das práticas coletivas (PIRES; BOTAZZO, 2015). Mattos *et al.* (2014) afirmam que esta política permitiu maior estímulo à Odontologia e ampliou sobremaneira a capacidade e a qualidade de atendimento, por meio de incentivos globais às equipes de saúde bucal.

Infelizmente, o fato da Odontologia não estar inserida na Estratégia Saúde da Família desde o início, talvez tenha prejudicado o processo interprofissional nas equipes, podendo ter determinado diversas formas no processo de implantação da saúde bucal, ainda em evolução, para melhor atender de acordo com o que dita o Sistema Único de Saúde (MATTOS *et al.*, 2014).

Mesmo diante disso, é imprescindível se ter como meta, com base na Política Nacional de Saúde Bucal, na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional de Promoção da Saúde, a realização de estratégias de Promoção da Saúde Bucal associadas a outras práticas de saúde realizadas pelas equipes na ESF, visando assegurar a integralidade da atenção à saúde a todos, tendo como fundamento a determinação social do processo saúde-doença e o enfrentamento de iniquidades (MELO *et al.*, 2016).

3.3.2 Promoção de Saúde Bucal como Ato Interprofissional

No Brasil, com a dimensão alcançada após a implantação da Estratégia Saúde da Família, é visível o impacto na organização da Atenção Básica, criando condições para iniciativas de reorientação do modelo assistencial, a partir do âmbito municipal. Assim, para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, é imprescindível o desenvolvimento do trabalho interprofissional (GARCIA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, Cardoso e Hennington (2011) trazem o estabelecimento das equipes multiprofissionais como um dos elementos chave para o desenvolvimento das práticas na ESF e reorganização da atenção à saúde no SUS, sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que possibilitem mudanças nos processos de trabalho.

Porém, a relevância e as características inovadoras do estabelecimento de equipes para atuar na ESF, por si só, não são suficientes para institucionalizar as práticas do trabalho em equipe. A simples composição de equipes nos serviços de saúde não corresponde necessariamente à configuração da realização de um trabalho em equipe. Se esta integração não ocorrer, existe a possibilidade de que não seja superado o modelo de atenção fragmentado, sem uma divisão do trabalho mais flexível e com a mesma valorização social dos profissionais (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

O desenvolvimento das relações interprofissionais é um dos desafios do cotidiano do trabalho na ESF. Para essa prática existir é preciso que vários profissionais de saúde com diferentes experiências atuem em conjunto com as famílias para prestar uma assistência de alta qualidade (ELLERY, 2014). Assim, as equipes que compõem a ESF são responsáveis pelo acompanhamento integral e longitudinal do usuário, o que reforça a importância da prática interprofissional, pois a referência do usuário está nas equipes e não em um único profissional (SILVA *et al.*, 2015).

É importante destacar que o trabalho multiprofissional tem o desafio de construir o interprofissionalismo, expresso na integração de saberes, proporcionando resultados substanciais para a população e para os próprios profissionais (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). A ação interprofissional requer sim o trabalho em equipe, articulado em torno do cuidado das necessidades de saúde do usuário, com participação e interação entre diferentes profissionais, e que estejam interessados em conhecer a complexidade da situação do usuário no seu contexto de vida, acolhendo-o e criando vínculo (SILVA *et al.*, 2015).

A partir dos anos 2000, em especial, houve um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas para a promoção e vigilância em saúde, com atuação sobre determinantes sociais do processo saúde-doença e incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Entretanto, a complexidade do serviço e o modelo de formação centrado no assistencialismo corroboram na dificuldade de adesão ao interprofissionalismo como método de trabalho. Dentre as barreiras, podem ser apontadas: o sistema de saúde com seus serviços organizados por categoria profissional, o cuidado fragmentado dentro do sistema tradicional de saúde, a cultura profissional especializada, excesso de demanda e carência de recursos (MATTOS *et al.*, 2014). Segundo Peduzzi (2016), essas resistências têm raízes histórico-sociais, e limitar a formação dos profissionais à sua área específica é insuficiente para lidar com a crescente complexidade e abrangência das necessidades de saúde.

Para que a ESF reoriente as suas práticas, é importante que os trabalhadores envolvidos articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Para tal, é fundamental que coloquem em discussão seus fazeres e estabeleçam projetos comuns, visando à dissolução do modelo assistencial fragmentado, centrado no enfoque biológico individual (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015). A responsabilidade coletiva dos membros da equipe é, portanto, fundamental para o planejamento e efetivação das ações de saúde (SANTANA *et al.*, 2013).

Percebe-se que, trabalhando de forma articulada, as equipes de saúde ampliam sua capacidade de cuidado e de resolução dos problemas de saúde, por conseguirem tornar os dispositivos de atenção à saúde existentes mais acessíveis, compartilhando a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida da população (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Nesse contexto, a promoção de saúde bucal transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando-a às demais práticas de saúde coletiva. Ela expressa a

construção de políticas públicas saudáveis, bem como políticas que gerem oportunidades de acesso às ações de promoção e prevenção, assegurando a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos (MEYER; SAINTRAIN, 2013).

A promoção da saúde é complexa, fomentadora de equidade e de agenciamentos para a melhoria da qualidade de vida, mediante a abordagem sobre fatores comuns de risco a várias doenças. O potencial de efetividade das estratégias de promoção de saúde bucal relaciona-se ao alinhamento conceitual das intervenções coletivas realizadas pelas equipes de saúde, com os pilares (equidade, participação, sustentabilidade) e valores (governança, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, integralidade) (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Apesar da proposta clara de mudança do modelo de atenção à saúde bucal que nos traz a Política Nacional de Saúde Bucal, o que predomina é a manutenção de modelos de prática centrados em estratégias organizativas já superadas, alicerçadas no conhecimento técnico-biologicista, mesmo na roupagem da promoção da saúde, a qual tem ficado muito mais no terreno da prevenção de doenças e agravos do que da promoção da saúde (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Quando se destaca que a organização tecnológica para o cuidado em saúde bucal no cotidiano dos serviços de saúde permanece centrada em modelos embasados por padrões biomédicos, dependente de tecnologias duras ou leve-duras, percebe-se a prática de ações coletivas controlistas (como a escovação supervisionada e as palestras educativas), justificadas nesse modo operacional por uma promoção da saúde que muito se associa à prevenção de doenças (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Ainda segundo Pires e Botazzo (2015), a tecnologia leve, relacional, pode responder à integralidade transformadora dos processos de trabalho em saúde. Quando se coloca o cuidado como tecnologia para organização dos processos de trabalho da saúde bucal na Atenção Básica, convém uma elaboração discursiva sobre a integralidade, para compreendê-la na mais ampla abordagem possível, de forma a permitir uma reflexão sobre as tecnologias de cuidado que se estabelecem no fazer em saúde bucal.

Na busca pela integralidade de atenção à saúde, a estruturação do trabalho em equipe multiprofissional transforma este trabalho em unidade produtora de cuidados que precisa de novas formas de mobilização do coletivo que superem o isolamento das práticas dos distintos profissionais e concorram para sua uniformidade (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Assim, é necessária a construção em equipe de um projeto comum, de modo que exista uma complementaridade entre os trabalhos especializados dos diferentes profissionais, bem como a interação entre os trabalhadores e entre eles e os usuários (GARCIA *et al.*, 2015).

As mudanças precisam ocorrer no processo de formação, nas lógicas de gestão e no processo de trabalho, de modo a articular os princípios gerais do SUS com os princípios específicos da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015). Apesar das inúmeras barreiras existentes, saberes e práticas já estão sendo compartilhados nas equipes, pela real necessidade de responder às situações complexas do cotidiano profissional, devendo ser estimuladas (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Um ponto importante é a avaliação dos serviços de saúde, por promover a melhoria contínua da atenção, propiciando ao usuário um atendimento de qualidade (MEDEIROS, 2015). Nessa conjuntura, avaliar as ações constitui fator essencial para se averiguar sua atuação, comportamento e eficácia na saúde bucal e atender às necessidades de políticas públicas geradoras de promoção de saúde bucal na Atenção Básica (MEYER; SAINTRAIN, 2013).

Esse trabalho de avaliação juntamente com a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes para uma atuação conjunta (MEDEIROS, 2015).

4 MÉTODO

4.1 Abordagem e Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e transversal, que descreveu a relação entre grupos de pessoas, fenômenos ou variáveis, sem a interferência do pesquisador, com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o objeto em estudo (LIBÓRIO; TERRA, 2015), sendo realizado em um período de tempo curto, em um determinado momento (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

O estudo adotou a complementaridade entre as abordagens quantitativa e qualitativa, por permitir a expressão subjetiva dos sujeitos da pesquisa, bem como uma análise objetiva dos dados, com uso de instrumentos formais para coletá-los (POLIT; BECK, 2011). Os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se complementam, por isso a importância da diversidade de informações para melhor aproximação com o fenômeno em estudo (MINAYO *et al.*, 2002).

Uma abordagem quantitativa prioriza apontar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de um determinado grupo ou população, coletando dados relevantes dos participantes, por meio de instrumentos formais, com perguntas objetivas e claras, analisando-as com recursos e técnicas estatísticas (MORAES; FONSECA, 2017).

Uma abordagem qualitativa está mais relacionada ao levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população. Busca indicar o caminho para a tomada de decisão sobre uma questão-problema (MORAES; FONSECA, 2017).

4.2 Campo de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Icó, Ceará, Brasil, que apresenta uma população estimada em 67.972 habitantes, distribuída nas zonas rural e urbana, tendo maior concentração na zona urbana (IBGE, 2018).

Está localizado na região sudeste do estado, fazendo limite ao Norte com Pereiro, Jaguaribe e Orós; ao Sul com Cedro, Lavras da Mangabeira e Umari; a Leste com Umari, Estado da Paraíba e Estado do Rio Grande do Norte; e a Oeste com Orós, Iguatu e Cedro (Figura 1).

Figura 1. Localização de Icó no Ceará



Fonte: Ceará, 2015.

O município de Icó é conhecido por possuir um sítio arquitetônico formado pelo perímetro urbano planejado pela Metrópole, na primeira metade do século XVII, um projeto urbanístico com ruas bem traçadas e retas, praças bastante amplas e prédios públicos, com destaque para o Teatro da Ribeira dos Icó, Casa de Câmara e Cadeia, além das belíssimas Igrejas. O sítio arquitetônico de Icó faz parte do Patrimônio Histórico Nacional (CEARÁ, 2019).

O município é sede da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde e possui uma rede de serviços de saúde na Atenção Básica com vinte equipes da Estratégia Saúde da Família e doze Equipes de Saúde Bucal, distribuídas em dezessete UAPS. A pesquisa foi desenvolvida com as seguintes equipes da ESF que possuíam Equipe de Saúde Bucal: ESF Centro, ESF Cidade Nova I, ESF Cascudo, ESF Lima Campos I, ESF Gama, (ESF de ação do NASF I), ESF São Vicente, ESF Alto Manoel Mariano I, ESF Pedrinhas, ESF Catavento, ESF Cruzeirinho e ESF Três Bodegas (ESF de ação do NASF II).

Apesar de haver doze equipes de saúde bucal, alocadas uma em cada Estratégia Saúde da Família, apenas as onze supracitadas participaram da pesquisa, visto que a cirurgiã-dentista da ESF São Geraldo foi a pesquisadora responsável pelo presente estudo, não sendo conveniente sua inserção na amostra para evitar viés na pesquisa.

4.3 População e Amostra

A população correspondeu a todos os profissionais graduados da área da saúde da Atenção Básica do município de Icó, que atuavam em uma das doze ESF, supracitadas, com o profissional cirurgião-dentista, por se tratar de um estudo sobre o interprofissionalismo no âmbito da saúde bucal. A amostra, portanto, correspondeu a 100% da população.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão para a delimitação da amostra: ser um profissional da área da saúde graduado que estivesse atuando na ESF do Icó. Foram excluídos da amostra: médico, enfermeira e cirurgiã-dentista da ESF São Geraldo, visto que estes profissionais estavam envolvidos na equipe de pesquisa, bem como profissionais contratados nos últimos três meses. A realização da coleta de dados aconteceu nos meses de maio, junho e julho. Considerou-se também a perda amostral, em casos nos quais o(a) profissional estivessem de licença ou de férias.

No período da pesquisa, das onze equipes da Estratégia Saúde da Família presentes no estudo, três estavam sem médico, uma contava com uma médica recém-contratada, e outra a cirurgiã-dentista estava de licença.

Assim, fizeram parte da pesquisa, médicos (07), enfermeiros (11), cirurgiões-dentistas (10) e os membros constituintes do NASF I, sendo um profissional de cada categoria: nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional. Do NASF II, da mesma maneira, participou um profissional por categoria: nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo e fonoaudiólogo. Totalizando trinta e nove (39) profissionais.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Realizou-se um teste piloto com profissionais graduados de saúde que não fizeram parte da pesquisa, possibilitando adequações que tornaram os instrumentos de coleta de dados mais compreensíveis.

Foram aplicados dois questionários semiestruturados semelhantes, que se diferenciaram para atender às especificidades dos sujeitos da pesquisa. Um foi entregue aos cirurgiões-dentistas (Apêndice A) e o outro aos demais trabalhadores graduados da Atenção Básica do município de Icó (Apêndice B).

Os referidos instrumentos foram organizados em três blocos temáticos: caracterização do profissional, processo de trabalho e interprofissionalismo em saúde bucal.

O segundo bloco temático apresentava treze declarações que variavam ao longo de uma escala Likert: 0 = Concordo Totalmente (CT), 1 = Concordo (C), 2 = Neutro (N), 3 =

Discordo (D) e 4 = Discordo Totalmente (DT). Essas declarações foram divididas em quatro dimensões para melhor apresentação: Infraestrutura e Insumos (assertivas A, B e C), Direitos Trabalhistas (assertivas D, E e F), Política de Educação Permanente (assertivas G, H, I e J) e Trabalho em Equipe (assertivas K, L e M). Esse bloco de perguntas foi adaptado do AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade) (BRASIL, 2017), instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Já o terceiro bloco temático continha sete perguntas abertas que visavam identificar como as relações interprofissionais na promoção de saúde bucal aconteciam na ESF do município de Icó, com a obtenção de sugestões para melhorar o trabalho em equipe. Esse bloco foi adaptado do instrumento *Readiness for Interprofessional Learning Scale*, validado no Brasil por Peduzzi et al. (2015).

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados ocorreu em dois momentos, estando o primeiro relacionado à análise quantitativa das informações. Foi testada a consistência dos dados relacionados ao processo de trabalho, apresentando-se confiável (*Alpha de Cronbach* = 0,58). Em seguida foi feito o teste de normalidade de *Shapiro Wilk* para pequenas amostras, a fim de identificar se havia ou não uma distribuição normal. Os resultados dos dados apontaram para distribuição não normal, assim utilizou-se teste não paramétrico (*Mann-Whitney* p-valor < 0,05) para comparação dos grupos.

Diante dos valores dados na escala de Likert (CT = 0; C = 1; N = 2; D = 3; DT = 4) pode-se obter a média de cada dimensão, por meio da soma dos valores das assertivas dividida pelo número de assertivas, o que implicou em valores mínimos e máximos. Assim, as dimensões Infraestrutura e Insumos, Direitos Trabalhistas e Trabalho em Equipe apresentaram valor mínimo 0 e valor máximo 12, cada. Enquanto a dimensão Política de Educação Permanente apresentou valor mínimo de 0 e valor máximo 16.

Para análise apriorística dos dados foram calculadas as medidas de tendência centrais das variáveis quantitativas, de forma a obter informações dos participantes, assim como foram construídas tabelas de distribuição de frequência e tabelas de referência cruzada, de maneira a se ter um cruzamento das informações sobre o tema proposto e, posteriormente, uma análise estatística da amostra representativa dos investigados.

Os dados foram tabulados e organizados por meio do programa *Excel* versão 2013. Já a operacionalização dos dados foi realizada com auxílio do *software* de análise estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.

Já no segundo momento, realizou-se a análise qualitativa, na qual os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2011) na modalidade temática (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013). Entendida como um conjunto de estratégias para extrair das diversas respostas seus sentidos e significados principais, confrontando-os com o objetivo do estudo e referencial teórico, a análise de conteúdo é composta por fases.

A primeira fase de pré-exploração do material, onde foram feitas leituras flutuantes de todo o material, com o objetivo de apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Na segunda fase foi feita a seleção das unidades de análise, vislumbradas através dos objetivos da pesquisa e das teorias embasadoras. Na terceira fase, processo de categorização e subcategorização, fez-se uso da categorização não apriorística, onde as categorias não são previamente definidas, emergindo totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa. Conjuntamente na formação das categorias e subcategorias há a quarta fase, de codificação das unidades de análise para que não se percam na diversidade do material trabalhado. Codificar é o processo através do qual os dados brutos são sistematicamente transformados em categorias, permitindo posteriormente a discussão precisa das características relevantes do conteúdo.

O resultado da análise fez emergirem três categorias temáticas que se desdobraram em núcleos de sentido: Qualificação Profissional (papel na ESF como membro de uma equipe interprofissional; contribuições da qualificação profissional para o interprofissionalismo); Atividades Interprofissionais na Estratégia Saúde da Família (integração com a equipe; atividades interprofissionais desenvolvidas); Limitações e Potencialidades do Interprofissionalismo (estratégias de aproximação do CD com a equipe; percepções sobre o distanciamento do CD da eSF; demanda de atendimentos x trabalho interprofissional; necessidade de capacitações/aperfeiçoamento).

Para facilitar o acesso às fontes de pesquisa e preservar a identidade dos participantes, optou-se pelo uso das profissões, seguido de um número, de acordo com a ordem de aplicação dos questionários.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne ao estudo com seres humanos, seguindo, assim, todos os preceitos e rigor da ética em pesquisa.

Solicitou-se autorização da Secretária Municipal de Saúde de Icó (Apêndice C) para realização da pesquisa com os profissionais da Atenção Básica. Após a devida autorização, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (PROPESQ).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice D), o qual esclarecia o anonimato (com iniciais dos nomes nos questionários) e forma de participação do pesquisado.

A pesquisa iniciou após ser aprovada pelo Comitê de ética, recebendo parecer de número 3.355.254, em 29 de maio de 2019 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos da pesquisa

Os questionários semiestruturados foram aplicados com 39 profissionais graduados atuantes na Atenção Básica do município de Icó, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde que contavam com equipe de saúde bucal no período da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Amostra estratificada por categoria profissional, de Icó, Ceará (2019).

CARACTERÍSTICAS		PROFISSIONAL				Amostra
		Médico	CD	Enfermeiro	NASF	
Sexo	Feminino	27	7	10	8	27
		7,4%	25,9%	37,0%	29,7%	100%
	Masculino	12	3	1	3	12
		41,7%	25,0%	8,3%	25,0%	100%
Faixa Etária	Até 29 anos	17	6	2	7	17
		11,8%	35,3%	11,8%	41,2%	100%
	De 30 a 39 anos	10	1	5	2	10
		20,0%	10,0%	50,0%	20,0%	100%
	De 40 a 49 anos	8	2	3	2	8
		12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100%
	Mais de 49 anos	4	1	1	0	4
		50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100%
TOTAL		39	10	11	11	39
		18%	25,6%	28,2%	28,2%	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: CD - Cirurgião-dentista; NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Observou-se pela caracterização destes trabalhadores que houve uma predominância pelo sexo feminino, com maioria expressiva, 27 profissionais, o que correspondeu a 69,2% da amostra, bem como a faixa etária até os 29 anos foi predominante, com 17 profissionais (43,6%). Os participantes apresentaram uma média de idade de 35 anos (desvio padrão ± 11), com idade mínima de 23 anos e máxima de 67 anos, com cerca de 50% dos pesquisados até 31 anos. Constatando-se um quadro profissional jovem na APS do município.

Com relação ao aspecto da feminização encontrado entre os profissionais da ESF, o resultado foi compatível com a literatura, que revelou ser esse fenômeno uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de saúde da família (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; OLIVEIRA; BEZERRA, 2011; COSTA *et al.*, 2013). Acredita-se também que as mudanças econômicas ocorridas no Brasil, ao longo de décadas

passadas, propiciaram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia, fato que permitiu o seu avanço atual para outros setores (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010).

A maior presença de profissionais jovens atuando na Estratégia Saúde da Família pode ser justificada pela mudança curricular nos cursos de graduação. A formação em saúde tem enfatizado a capacitação profissional para atender às reais demandas da Atenção Primária à Saúde. E isso pode ter estimulado os recém-formados a buscar oportunidade de trabalho junto ao SUS (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Quanto à graduação houve uma equivalência entre faculdades particulares e públicas, com predominância do tempo de graduado em até 05 anos, o que reflete no tempo de atuação na APS, com maior concentração de trabalhadores em até 05 anos também.

Em relação ao tempo de graduado, a média foi de 11 anos ($dp \pm 10$), variando de 1 a 41, com 75% até 16 anos de graduado. Quanto ao tempo de trabalho na APS, a média foi de 8 anos ($dp \pm 7$), com variação de 1 a 31; destes 75% possuíam até 14 anos na Atenção Básica.

Nota-se por meio dos dados da tabela 2 que há um considerável número de trabalhadores com pós-graduação do tipo especialização em Saúde da Família, 22 profissionais, correspondendo a 56,4% da amostra. Porém, a categoria dos cirurgiões-dentistas é a que menos apresenta esse tipo de pós-graduação (9,1%) em comparação com os demais profissionais, prevalecendo especialização na área clínica (42,9%).

Tabela 2 - Perfil profissional (N = 39) dos pesquisados da APS de Icó, Ceará (2019).

CARACTERÍSTICA		PROFISSIONAL				Amostra
		Médico	CD	Enfermeiro	NASF	
Faculdade	Particular	4	5	4	7	20
		10,0%	25,0%	20,0%	35,0%	100%
	Pública	5	7	4	4	19
		15,8%	26,3%	36,8%	21,1%	100%
Tempo de Graduado	Até 5 anos	5	6	3	6	18
		16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	100%
	De 6 a 10 anos	2	0	3	2	7
		28,6%	0,0%	42,9%	28,6%	100%
	Mais de 10 anos	2	4	5	3	14
		14,3%	28,6%	35,7%	21,4%	100%
Tempo na APS	Até 5 anos	5	6	5	8	24
		20,8%	25,0%	20,8%	33,3%	100%
	De 6 a 10 anos	5	0	2	1	3
		0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100%
	Mais de 10 anos	2	4	4	2	12
		16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	100%

Tabela 2 - Perfil profissional (N = 39) dos pesquisados da APS de Icó, Ceará (2019).

		Continuação				
Pós-graduação	Não	1	2	0	0	3
	Sim - Saúde da	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	Família	27,3%	9,1%	36,4%	27,3%	100,0%
	Sim - Área	0	6	3	5	14
	Clínica	0,0%	42,9%	21,4%	35,7%	100,0%
TOTAL		18%	25,6%	28,2%	28,2%	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: CD - Cirurgião-dentista; NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família; APS - Atenção Primária à Saúde.

O profissional de saúde bucal inserido na ESF deve ter capacidade de conduzir a equipe de saúde bucal, parte indissolúvel da equipe de saúde da família, para atingir os objetivos da estratégia. Quando se observa o maior interesse dos CD em pós-graduações na área clínica, isto advém provavelmente da força que essas disciplinas têm na graduação em Odontologia e no ideário simbólico da profissão, secundarizando as questões inerentes à saúde coletiva (MOURA *et al.*, 2013).

5.2 Processo de Trabalho, na dimensão Infraestrutura e Insumos, associado ao Interprofissionalismo

O presente estudo evidenciou uma avaliação heterogênea quanto aos equipamentos e à infraestrutura das UAPS, por parte dos profissionais de saúde da família. Enquanto 38,5%, em sua maioria de cirurgiões-dentistas, concordaram que há infraestrutura e equipamentos adequados para a realização de suas ações de saúde; 41% discordaram, destacando-se com essa visão a maioria dos médicos e dos profissionais do NASF.

Quando os profissionais foram questionados se a disponibilidade de insumos é suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde, 24 dos 39 participantes discordaram, totalizando 61,5%. Isso reflete diretamente nas atividades interprofissionais de promoção de saúde, tendo em vista que restringem o processo de trabalho.

No que tange à manutenção técnica na Atenção Básica, a maioria dos trabalhadores (66,7%) afirmaram não ser garantida, destacando-se a opinião dos cirurgiões-dentistas, evidenciando uma queixa rotineira sobre o trabalho dos técnicos nas unidades, havendo a necessidade de consertos com grande frequência (Tabela 3).

Tabela 3 - Dimensão Infraestrutura e Insumos por categoria profissional.

	*CT	C	N	D	DT
As Unidades de Atenção Primária à Saúde contam com uma infraestrutura física e equipamentos adequados para o seu desenvolvimento das ações de saúde (A)					
	1	1	0	3	2
Médico(a)	14,3%	14,3%	0,0%	42,9%	28,6%
Cirurgião(ã)-dentista	0	6	2	1	1
	0,0%	60,0%	20,0%	10,0%	10,0%
Enfermeiro(a)	0	5	0	6	0
	0,0%	45,5%	0,0%	54,5%	0,0%
Profissional do NASF	0	3	2	6	0
	0,0%	27,3%	18,2%	54,5%	0,0%
TOTAL	1	15	4	16	3
	2,5%	38,5%	10,3%	41%	7,7%
As Unidades de Atenção Primária à Saúde dispõem de insumos em quantidades suficientes para o desenvolvimento regular das ações de saúde (B)					
	-	0	1	6	0
Médico(a)	-	0,0%	14,3%	85,7%	0,0%
Cirurgião(ã)-dentista	-	3	1	5	1
	-	30,0%	10,0%	50,0%	10,0%
Enfermeiro(a)	-	0	3	8	0
	-	0,0%	27,3%	72,7%	0,0%
Profissional do NASF	-	3	2	5	1
	-	27,3%	18,2%	45,5%	9,1%
TOTAL	-	6	7	24	2
	-	15,4%	18,0%	61,5%	5,1%
As Unidades de Atenção Primária à Saúde têm manutenção técnica garantida (C)					
	0	2	0	3	2
Médico(a)	0,0%	28,6%	0,0%	42,9%	28,6%
Cirurgião(ã)-dentista	1	2	1	6	0
	10,0%	20,0%	10,0%	60,0%	0,0%
Enfermeiro(a)	0	1	2	7	1
	0,0%	9,1%	18,2%	63,6%	9,1%
Profissional do NASF	0	1	3	6	1
	0,0%	9,1%	27,3%	54,5%	9,1%
TOTAL	1	6	6	22	4
	2,5%	15,4%	15,4%	56,4%	10,3%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *CT: Concordo Totalmente; C: Concordo; N: Neutro; D: Discordo; DT: Discordo Totalmente.

A estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais, com os recursos necessários para a execução de ações em saúde e em correspondência quantitativa ao contingente populacional adscrito e suas especificidades, é de fundamental importância para organização dos processos de trabalho e atenção à saúde dos usuários, a fim de se oferecer uma assistência de melhor qualidade (BRASIL, 2017).

No entanto, nota-se uma necessidade de aprimoramento da infraestrutura e de obtenção de equipamentos e materiais para a realização das práticas em saúde. As deficiências estruturais das UAPS repercutem em insatisfação dos profissionais no trabalho em equipe, porque o modelo de assistência proposto na ESF é a favor de uma assistência integral, o que requer condições estruturais mínimas para a execução das ações que ultrapassem o modelo biomédico (OLIVEIRA JÚNIOR *et al.*, 2013; SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015).

Na literatura recente sobre a temática, as pesquisas apontam resultados majoritariamente negativos quanto à estrutura física das unidades e fornecimento de equipamentos (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015; MARTINS *et al.*, 2016; SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016; MOREIRA *et al.*, 2017). Muitos serviços de saúde são instalados em prédios improvisados, disponíveis nas comunidades, mas que não possuem uma construção específica para atender aos usuários e aos profissionais de saúde, não estando em conformidade com a legislação específica (MARTINS *et al.*, 2016).

A infraestrutura frágil e a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da Atenção Básica, geram desânimo nos profissionais e limitam as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016).

Falhas no abastecimento dos materiais de consumo odontológico e na continuidade do serviço de manutenção de equipamentos comprometem sobremaneira o serviço nas unidades (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015; MACÊDO; CHAVES; FERNANDES, 2016).

A quantidade insuficiente de insumos e equipamentos odontológicos também pode comprometer a resolução das demandas em saúde bucal dos usuários da Atenção Básica, interferindo na credibilidade desse nível de atenção, o que sinaliza que a APS ainda enfrenta dificuldade quanto à estrutura para atenção odontológica (LIMÃO *et al.*, 2016).

Infelizmente, mesmo a Odontologia sendo uma profissão antiga no Brasil, ainda é comum não ser priorizada, por ser muito complexa e envolver grandes custos, uma vez que para seu devido funcionamento é necessário um aparato de equipamentos e insumos (FERREIRA *et al.*, 2014).

5.3 Processo de Trabalho, na dimensão Direitos Trabalhistas, associado ao Interprofissionalismo

No presente estudo constatou-se que a maioria dos profissionais da Atenção Básica (56,4%) afirmou não ter seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos. E quando questionados sobre a existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários no município, quase todos alegaram sua inexistência (89,7%).

Também foi predominante o descontentamento em todas as categorias profissionais quanto à presença de gratificações, de acordo com metas pactuadas com as equipes, totalizando 71,8% (Tabela 4).

Tabela 4 - Dimensão Direitos Trabalhistas por categoria profissional.

	*CT	C	N	D	DT
Os profissionais da atenção básica têm seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos (D)					
Médico(a)	-	2	3	2	0
	-	28,6%	42,9%	28,6%	0,0%
Cirurgião(ã)-dentista	-	1	2	4	3
	-	10,0%	20,0%	40,0%	30,0%
Enfermeiro(a)	-	3	2	3	3
	-	27,3%	18,2%	27,3%	27,3%
Profissional do NASF	-	2	2	5	2
	-	18,2%	18,2%	45,5%	18,2%
TOTAL	-	8	9	14	8
	-	20,5%	23,1%	35,9%	20,5%
Há planos de carreiras, cargos e salários para a categoria na atenção básica no município e Icó, Ceará (E)					
Médico(a)	0	0	1	3	3
	0,0%	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%
Cirurgião(ã)-dentista	0	0	0	1	9
	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	90,0%
Enfermeiro(a)	1	1	0	0	9
	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	81,8%
Profissional do NASF	0	1	1	1	9
	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	81,8%
TOTAL	1	1	2	5	30
	2,6%	2,6%	5,1%	12,8%	76,9%
São remunerados considerando o desempenho de acordo com as metas e resultados pactuados com as equipes de atenção básica (F)					
Médico(a)	0	0	2	3	2
	0,0%	0,0%	28,6%	42,9%	28,6%
Cirurgião(ã)-dentista	0	0	3	4	3
	0,0%	0,0%	30,0%	40,0%	30,0%
Enfermeiro(a)	1	1	0	5	4
	9,1%	9,1%	0,0%	45,5%	36,4%
Profissional do NASF	3	1	3	3	4
	0,0%	27,3%	9,1%	27,3%	36,4%

Tabela 4 - Dimensão Direitos Trabalhistas por categoria profissional.*Continuação*

TOTAL	1	4	6	15	13
	2,5%	10,3%	15,4%	38,5%	33,3%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *CT: Concordo Totalmente; C: Concordo; N: Neutro; D: Discordo; DT: Discordo Totalmente.

É necessário proporcionar estabilidade e segurança funcional para que os profissionais desempenhem suas atividades com motivação e compromisso. Podendo contribuir para o exercício pleno da liberdade que lhes é conferida para a gestão do próprio trabalho (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Gratificações com incentivo financeiro, como no caso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), quando repassadas aos funcionários das equipes de saúde, promovem a valorização profissional, ratificando a importância do trabalho em equipe na busca por resultados enriquecedores (MELO *et al.*, 2016).

Estudos afirmam que trabalhadores satisfeitos tendem a ser mais comprometidos com o seu trabalho, por apresentarem-se mais motivados (RENNER, *et al.*, 2014; TELES *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015). É fundamental investir no cuidado e na valorização do trabalhador do SUS, investindo em melhores salários, na implantação de planos de cargos e salários, na qualificação profissional e no fortalecimento do trabalho interprofissional, visando auxiliar e corrigir os problemas na rede assistencial e amenizar a insatisfação dos profissionais (LIMA *et al.*, 2014).

5.4 Processo de Trabalho, na dimensão Política de Educação Permanente, associado ao Interprofissionalismo

Entre os participantes, 64,1% alegaram não existir na APS do município uma Política de Educação Permanente, o que se alinha aos 64,1% que afirmaram não haver estratégias de educação permanente de acordo com as necessidades dos profissionais.

Quanto à participação em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação, 69,2% dos profissionais afirmaram não ter dificuldades para serem liberados do trabalho. Apesar da maioria (58,9%) ter formação complementar para o trabalho na Atenção Básica, na categoria dos cirurgiões-dentistas, 70% alegaram não ter qualificação para tanto, o que corrobora com o perfil tradicional desses profissionais, mais suscetíveis a cursos na área clínica (Tabela 5).

Tabela 5 - Dimensão Política de Educação Permanente por categoria profissional.

	*CT	C	N	D	DT
Há uma política de educação permanente elaborada e instituída na Atenção Básica (G)					
Médico(a)	0 0,0%	1 14,3%	0 0,0%	5 71,4%	1 14,3%
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	1 10,0%	3 30,0%	5 50,0%	1 10,0%
Enfermeiro(a)	1 9,1%	0 0,0%	5 45,5%	2 18,2%	3 27,3%
Profissional do NASF	0 0,0%	1 9,1%	2 18,2%	3 27,3%	5 45,5%
TOTAL	1 2,6%	3 7,7%	10 25,6%	15 38,5%	10 25,6%
As estratégias de educação permanente são construídas de acordo com as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica (H)					
Médico(a)	0 0,0%	1 14,3%	1 14,3%	4 57,1%	1 14,3%
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	1 10,0%	2 20,0%	6 60,0%	1 10,0%
Enfermeiro(a)	0 0,0%	1 9,1%	4 36,4%	4 36,4%	2 18,2%
Profissional do NASF	1 9,1%	3 27,3%	0 0,0%	5 45,5%	2 18,2%
TOTAL	1 2,6%	6 15,4%	7 17,9%	19 48,7%	6 15,4%
É liberado para participar de cursos de atualização, qualificação e pós-graduação (I)					
Médico(a)	1 14,3%	2 28,6%	2 28,6%	2 28,6%	0 0,0%
Cirurgião(a)-dentista	3 30,0%	5 50,0%	2 20,0%	0 0,0%	0 0,0%
Enfermeiro(a)	2 18,2%	5 45,5%	2 18,2%	1 9,1%	1 9,1%
Profissional do NASF	4 36,4%	5 45,5%	2 18,2%	0 0,0%	0 0,0%
TOTAL	10 25,6%	17 43,6%	8 20,5%	3 7,7%	1 2,6%
Possui formação complementar que o qualifica para o trabalho na Atenção Básica (J)					
Médico(a)	2 28,6%	3 42,9%	0 0,0%	1 14,3%	1 14,3%
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	1 10,0%	2 20,0%	5 50,0%	2 20,0%
Enfermeiro(a)	3 27,3%	6 54,5%	0 0,0%	2 18,2%	0 0,0%
Profissional do NASF	2 18,2%	6 54,5%	2 18,2%	0 0,0%	1 9,1%

Tabela 5 - Dimensão Política de Educação Permanente por categoria profissional.

<i>Continuação</i>					
TOTAL	7	16	4	8	4
	17,9%	41,0%	10,3%	20,5%	10,3%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *CT: Concordo Totalmente; C: Concordo; N: Neutro; D: Discordo; DT: Discordo Totalmente.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) orienta que a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde, respondendo às demandas do SUS, ocorram de modo descentralizado e ascendente, incluindo todos os locais e saberes, dando acesso à democratização dos espaços de trabalho (BRASIL, 2011).

A PNEPS prevê a análise coletiva do processo de trabalho tomando como eixo a integralidade de assistência e a articulação de um quadrilátero, formado por trabalhadores, gestores, usuários e órgãos formadores (FORTUNA *et al.*, 2011).

À medida que os profissionais são qualificados, muitas ações podem ser implementadas, melhorando e aumentando o acesso da população aos serviços de saúde. Qualificar trabalhadores com olhar crítico voltado aos problemas locais, procurando soluções exequíveis, apoiadas na gestão e no controle social favorece a consolidação das ações de saúde (MEDEIROS, 2015).

5.5 Processo de Trabalho, na dimensão Trabalho em Equipe, associado ao Interprofissionalismo

Há uma boa representatividade de todas as categorias profissionais quanto à participação periódica nas reuniões de suas respectivas equipes de saúde: 85,8% dos médicos, 60% dos cirurgiões-dentistas, 81,8% dos enfermeiros e 90,9% dos profissionais do NASF. Observa-se que os CD apresentaram a menor assiduidade nas reuniões, seja por não se sentirem parte da equipe multiprofissional da UAPS onde atuam (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015), seja pela equipe não considerar sua participação relevante (PERUZZO *et al.*, 2018).

Na assertiva sobre a organização das agendas individuais serem organizadas de modo compartilhado com os demais membros da equipe, entre concordam e concordam totalmente, as categorias de médicos, enfermeiros e profissionais do NASF ultrapassaram os 80%, enquanto os cirurgiões-dentistas atingiram apenas 60% de concordância.

Sobre o uso de ferramentas que auxiliam na gestão do cuidado de casos complexos, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), pela equipe de saúde, houve certa heterogeneidade nas respostas, alguns profissionais mantiveram-se neutros (25,6%), 23,1% discordaram, destacando-se a opinião dos CD e a maioria concordou (46,1%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Dimensão Trabalho em Equipe por categoria profissional.

	*CT	C	N	D	DT
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo realiza(m) reuniões periódicas com todos seus profissionais graduados (K)					
Médico(a)	3 42,9%	3 42,9%	0 0,0%	1 14,3%	-
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	6 60,0%	2 20,0%	2 20,0%	-
Enfermeiro(a)	3 27,3%	6 54,5%	1 9,1%	1 9,1%	-
Profissional do NASF	3 27,3%	7 63,6%	0 0,0%	1 9,1%	-
TOTAL	9 23,1%	22 56,4%	3 7,7%	5 12,8%	-
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo organiza(m) as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais graduados de maneira compartilhada (L)					
Médico(a)	2 28,6%	4 57,1%	1 14,3%	0 0,0%	-
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	6 60,0%	1 10,0%	3 30,0%	-
Enfermeiro(a)	0 0,0%	7 63,6%	1 9,1%	0 0,0%	-
Profissional do NASF	3 54,5%	3 27,3%	1 9,1%	1 9,1%	-
TOTAL	2 28,2%	20 51,2%	4 10,3%	4 10,3%	-
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo utiliza(m) ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos, como o Projeto Terapêutico Singular, envolvendo diferentes profissionais de saúde (M)					
Médico(a)	0 0,0%	3 42,9%	2 28,6%	2 28,6%	0 0,0%
Cirurgião(a)-dentista	0 0,0%	3 30,0%	2 20,0%	5 50,0%	0 0,0%
Enfermeiro(a)	0 0,0%	6 54,5%	4 36,4%	1 9,1%	0 0,0%
Profissional do NASF	1 9,1%	6 54,5%	2 18,2%	1 9,1%	1 9,1%
TOTAL	1 2,6%	18 46,1%	10 25,6%	9 23,1%	1 2,6%

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: *CT: Concordo Totalmente; C: Concordo; N: Neutro; D: Discordo; DT: Discordo Totalmente.

O espaço das reuniões de equipe é reconhecido pelos profissionais como espaço de troca, onde ocorrem planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, discussões relativas à operacionalização do serviço, divulgação de informações e discussão de casos. Por fim, acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados acordos possíveis (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

A influência histórica do modelo de atenção individual, o contexto adverso do trabalho, as concepções de ESF dos profissionais e a autonomia que lhes é conferida por vezes restringem sua atuação como CD na Estratégia Saúde da Família. Destarte, o trabalho em equipe não é fortalecido e limita a efetividade das ações de promoção da saúde (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015). O trabalho em equipe exige o compromisso de cada profissional, portanto, a corresponsabilização é um fator essencial para a promoção de um cuidado integral (FERNANDES *et al.*, 2015).

Organizar de maneira conjunta com a equipe a programação das atividades interprofissionais garante liberdade e autonomia na organização do processo de trabalho, devendo o CD estar inserido nesse planejamento com os diferentes profissionais (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

O PTS reforça a relevância da comunicação interprofissional, com foco no usuário, enquanto ser ativo no seu processo de cuidado (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). O trabalho interprofissional é um instrumento de integração, de possibilidade de desenvolvimento de projetos terapêuticos amplos e integrados, e um espaço privilegiado de partilha da equipe, do conhecimento dos problemas da comunidade e discussão sobre formas mais efetivas de solucioná-los (MOURA *et al.*, 2013).

5.6 Relação das dimensões do Processo de Trabalho

Como mencionado na análise de dados, valores foram atribuídos diante da escala de Likert: 0 = concordo totalmente, 1 = concordo, 2 = neutro, 3 = discordo e 4 = discordo totalmente. Permitindo a obtenção das médias das assertivas de cada dimensão por categoria profissional, onde quanto menor a média obtida maior o potencial para a promoção da saúde.

Há, portanto, na visão dos profissionais, um bom desempenho quanto ao Trabalho em Equipe, por depender majoritariamente deles, enquanto na dimensão Direitos Trabalhistas houve a pior avaliação por parte dos trabalhadores, o que acarreta na insatisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família (Tabela 7).

Tabela 7 - Médias das dimensões do Processo de Trabalho por categoria profissional.

DIMENSÃO	Médico	CD	Enfermeiro	NASF
Infraestrutura e Insumos	7,2	6,3	7,5	7,2
Direitos Trabalhistas	9,1	9,8	8,8	9
Política de Educação Permanente	8,2	9	7,7	7,5
Trabalho em Equipe	3,9	5,5	3,4	2,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: CD - Cirurgião-dentista; NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A tabela 8 expõe os níveis de significância das diferenças das expostas das variáveis qualitativas entre as categorias profissionais que apresentaram diferenças estatísticas significativas, no caso na dimensão Trabalho em Equipe.

Tabela 8 - Avaliação do nível de significância da heterogeneidade da distribuição das respostas da dimensão Trabalho em Equipe.

DIMENSÃO	CD x M **	CD x E **	CD x NASF **
Trabalho em Equipe	0,066	0,006	0,013

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota₁: ** p-valor do teste de Mann-Whitney.

Nota₂: M - médico; CD - Cirurgião-dentista; E - Enfermeiro; NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Com a aplicação do teste de estatístico de *Mann-Whitney*, com p-valor < 0,05, verificou-se que não houve diferença significativa entre as respostas dos cirurgiões-dentistas com as dos médicos. Porém, constatou-se considerável divergência de opinião entre os cirurgiões-dentistas e os enfermeiros e entre os cirurgiões-dentistas e os profissionais do NASF na dimensão supracitada.

5.7 Qualificação profissional

5.7.1 Papel na ESF como membro de uma equipe interprofissional

Os resultados obtidos, a partir das questões do terceiro bloco temático do instrumento de coleta de dados, demonstraram que quando os profissionais foram questionados sobre o seu papel dentro da ESF, como membros de uma equipe interprofissional, houve uma

tendência imediata de descrever a sua própria profissão, fato observado, principalmente, entre os cirurgiões-dentistas (Quadro 1).

Quadro 1 - Opinião dos profissionais sobre seu papel na ESF.

Cirurgião-dentista	Outros profissionais
<i>Escutar, explicar o tratamento que será realizado promovendo assim a saúde. (CD 1)</i>	<i>Médico generalista e referenciador para as várias especialidades. (Médico 2)</i>
<i>Atuo na parte da Odontologia, visitas domiciliares em relação à saúde bucal e trabalho no Programa Saúde na Escola. (CD 2)</i>	<i>Atuo como médica, realizando atendimentos diários como clínica geral. (Médica 5)</i>
<i>Profissional responsável por saúde bucal. (CD 7)</i>	<i>Desenvolver ações de enfermagem, baseadas na prevenção, promoção e reabilitação. (Enfermeira 9)</i>
<i>Identificar, diagnosticar e promover saúde bucal da população. (CD 8)</i>	<i>Enquanto assistente social realizo intervenções, viabilizo atendimentos e faço orientação diante problemas sociais. (NASF 7 - Assistente social)</i>
<i>Promover a saúde bucal, conscientizando os usuários da importância de se cuidar e manter saudável a cavidade bucal. (CD 9)</i>	<i>Sou o profissional de referência em saúde mental na Atenção Básica. Desenvolvo o cuidado em saúde mental no âmbito individual e coletivo. (NASF 9 - Psicóloga)</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na ESF, ainda são muito ligadas a ações de assistência odontológica clínica individual. Isto é provocado pela negligência histórica de atendimento odontológico público, bem como pelo crônico descompasso entre o trabalho realizado pelas equipes de saúde para um atendimento integral (MOURA *et al.*, 2013).

O cirurgião-dentista ainda é um profissional solitário na UAPS, indicando um grande caminho a percorrer pelo CD para se aproximar do que está prescrito pelas diretrizes nacionais (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015). Quando os profissionais da ESF referem-se ao seu trabalho ou dos outros membros da equipe, há a existência de situações objetivas de trabalho que remetem à especificidade das distintas funções e a diferenças técnicas correlatas (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Constatou-se, nas respostas dos enfermeiros, uma queixa por terem que exercer a função de gerentes de suas respectivas unidades, além do seu papel dentro da Estratégia Saúde da Família. Esse acúmulo de funções certamente prejudica o interprofissionalismo, por consumir um tempo que poderia ser mais bem aproveitado juntamente à equipe.

Além de gerenciar o quadro de recursos humanos, fluxo de atendimento, insumos, materiais, prestar assistência à população, atendendo os programas preconizados; atividades extramuros e intersetoriais. (Enfermeira 3)

Como enfermeira da Atenção Primária, desempenho funções assistenciais e gerenciais, apesar da nova PNAB colocar que o profissional de enfermagem deve desempenhar suas funções assistenciais e que cada unidade deve haver um profissional para o papel de gerente exclusivamente. (Enfermeira 6)

Outro estudo também retratou a sobrecarga das ações do enfermeiro, as quais envolvem o planejamento, o gerenciamento, a coordenação, a avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, as visitas domiciliares e a execução de procedimentos técnicos (SANTANA *et al.*, 2013).

Apesar de muitas opiniões retratarem uma visão individual do trabalho na ESF, houve um número considerável de profissionais que atentaram para a importância da proximidade com os demais membros da equipe, em busca da integralidade do cuidado.

Atuar em conjunto com os demais profissionais, sobretudo nos casos de repercussão sistêmica de patologias e agravos específicos. (Médico 7)

Além de desenvolver papel na prevenção e promoção da saúde, ao realizar os atendimentos individuais, trabalho com a integralidade para avaliar os fatores que possam ter desencadeado aquela situação bucal, como problemas nutricionais e/ou psicológicos. (CD 3)

O papel do enfermeiro assim como os demais profissionais dentro da ESF, de forma resumida, visa contribuir dentro do processo saúde/doença, desenvolver ações principalmente voltadas às necessidades da população de abrangência, não especificamente ao processo de doença, mas principalmente à promoção e prevenção da saúde. (Enfermeiro 11)

Articular estratégias terapêuticas com os demais profissionais, de modo atender as demandas de indivíduos e/ou grupos. (NASF 8 - Educador físico)

Essa integralidade de assistência fica prejudicada pela lógica que direciona as ações desenvolvidas no dia a dia na ESF por ações programáticas. As instâncias federais, estaduais e municipais estabelecem ações de saúde destinadas a grupos específicos, guiadas por agravos, faixa etária ou gênero. Lógica essa que pouco colabora para o reconhecimento de necessidades singulares e práticas mais integrais (SANTANA *et al.*, 2013).

5.7.2 Contribuições da qualificação profissional para o interprofissionalismo

Seguindo com os resultados obtidos, os trabalhadores foram questionados sobre sua qualificação profissional e, se de alguma maneira, ela contribuía para o trabalho interprofissional na ESF, onde a maioria afirmou ter pós-graduação, com destaque para especialização em Saúde da Família.

Por possuir especialização em saúde da família, planifico junto à equipe estratégias para melhor atender à população. (Médica 5)

Saúde da Família, Educação Profissional; Atenção Domiciliar e Micropolítica em Saúde. Contribuiu, pois apresentou várias ferramentas para se trabalhar os conflitos e o trabalho em equipe. (Enfermeira 10)

Pós em saúde da Família, onde ajuda em um melhor entendimento sobre atuação no SUS, voltado a uma atenção ao sujeito de forma holística. (NASF 1 - Terapeuta ocupacional)

Saúde da Família. A pós-graduação na área me fez compreender o papel da equipe multiprofissional na promoção de saúde dos indivíduos. (NASF 3 - Fisioterapeuta)

O presente estudo apontou que entre os cirurgiões-dentistas ainda há uma predominância na escolha por pós-graduações na área clínica (Quadro 2). Corroborando com a média nacional, onde a especialidade de Saúde Coletiva é a escolha de apenas 2,2% dos CD, enquanto Ortodontia 23,1% e Implantodontia e Endodontia 13,5% cada (CFO, 2019).

Quadro 2 - Pós-graduações da categoria dos cirurgiões-dentistas.

Cirurgião-dentista	Pós-graduação
CD 1	Saúde da Família; Endodontia
CD 2	Endodontia
CD 3	Implantodontia; Ortodontia
CD 4	—
CD 5	Ortodontia; Dentística
CD 6	Odontologia Legal; Saúde Pública; Periodontia
CD 7	Ortodontia
CD 8	—
CD 9	Ortodontia
CD 10	Endodontia

Fonte: Elaborado pela autora.

Há um conflito entre o protocolo da ESF e aquilo que os CD valorizam e julgam pertinente que seja feito. Há uma maior valorização do trabalho dentro da UAPS, mantendo-se no modelo tradicional de atenção de cuidado individual, com pouco envolvimento com a equipe (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Quanto mais capacitados forem os profissionais que atuam na ESF, melhores serão os serviços ofertados. Logo, os cursos de pós-graduação, especialmente os que abordem temas relacionados à saúde da família e à atuação interprofissional, são cruciais para o desempenho dos profissionais que atuam no SUS e contribuem para melhorar a assistência prestada aos usuários (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

5.8 Atividades interprofissionais na Estratégia Saúde da Família

5.8.1 Integração com a equipe

Os profissionais foram unânimes em afirmar que o trabalho interprofissional, em particular com a equipe de saúde bucal, contribui para uma melhor assistência à saúde na Estratégia Saúde da Família. Na visão dos profissionais permite uma complementação da assistência à saúde e garante uma abordagem ampla do processo saúde-doença.

Tanto a área médica quanto a saúde bucal quando mantém uma boa comunicação conseguem combater comorbidades evitáveis. (Médica 5)

A integração da equipe é imprescindível para que o atendimento dos usuários siga o princípio da integralidade. (CD 6)

Cada um sabe como o outro poderá contribuir no manejo do paciente, possibilitando ao paciente um trabalho em equipe e multidisciplinar que atenda todas as suas necessidades. (CD 9)

O trabalho interprofissional engrandece a qualidade da assistência prestada. Parceria entre eSF e eSB proporciona notavelmente a melhora dos indicadores de saúde. (Enfermeira 3)

Através de consultas compartilhadas e PTS podemos planejar um cuidado holístico e evitar problemas que por mais que atinjam a saúde bucal podem agravar de forma sistêmica. (Enfermeira 7)

O ser humano deve ser visto de uma forma integral e com a colaboração de diversos campos de saberes, essa integralidade pode ser melhor permitida. (NASF 5 - Fisioterapeuta)

No estudo de Peruzzo et al. (2018), também houve a percepção por parte dos profissionais da ESF da importância do trabalho em equipe no atual modelo da Atenção Primária à Saúde e, que alguns aspectos, como comunicação e respeito às particularidades de cada profissão, são essenciais para a manutenção da harmonia e a implementação de uma prática interprofissional.

No trabalho em equipe, os resultados obtidos são maiores do que a soma dos resultados individuais, aumentando a eficácia e a eficiência do atendimento prestado à população (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Porém, é comum observar as ações interprofissionais sendo executadas na lógica das necessidades de saúde, na qual predomina a abordagem integral e a lógica de agilizar o atendimento, com base, sobretudo, na abordagem biomédica (PEDUZZI *et al.*, 2019).

Dessa maneira, desempenhar a profissão em um processo de trabalho como a ESF é um grande desafio e requer desprendimento para trilhar um caminho na construção do trabalho interprofissional, uma vez que o trabalho em equipe garante autonomia na organização do processo de trabalho (GARCIA *et al.*, 2015).

5.8.2 Atividades interprofissionais desenvolvidas

Sobre as atividades já compartilhadas entre a equipe de saúde bucal e os demais profissionais da equipe de saúde da família, as mais citadas por todos, de modo homogêneo, foram: ações educativas do Programa Saúde na Escola (PSE), visitas domiciliares e atividades compartilhadas dentro da Unidade, em especial nas consultas das gestantes e de puericultura. De maneira pontual, ainda foram citadas as palestras no formato de sala de espera nas próprias unidades.

A visita domiciliar, em especial, oportuniza a comunicação interprofissional, pelo fato de maximizar os conhecimentos e as experiências de cada profissional, permitindo que se executem um cuidado coordenado e integrado no domicílio (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Quanto à realização de testes-rápidos, somente a categoria de enfermeiros afirmou realizar esta ação em parceria com os cirurgiões-dentistas, ficando sempre a cargo desses dois profissionais a realização desse procedimento, apesar de ter havido também uma capacitação no município para os médicos.

Houve uma divergência de opinião quando 63% da categoria de enfermeiros afirmaram o trabalhar em grupos com os cirurgiões-dentistas, enquanto 30% dos CD alegaram

participar destas atividades de grupo. Situação semelhante foi observada com os profissionais do NASF, quando 63% afirmaram realizar Projeto Terapêutico Singular com a presença dos CD, enquanto apenas 20% dos cirurgiões-dentistas relataram presença nessa prática. Possivelmente, por não serem atividades constantes nas agendas dos CD, o que denota certa dificuldade no desenvolvimento de ações articuladas, o que pode afastar as equipes da integralidade do cuidado.

Em um estudo com 1.848 cirurgiões-dentistas atuantes em equipes das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, constatou-se que as estratégias de promoção de saúde bucal foram heterogêneas, com melhores resultados favorecendo as regiões Sul e Sudeste do Brasil. As práticas de promoção da saúde são limitadas a estratégias baseadas em intervenções educativo-preventivas centradas em palestras e escovações dentárias, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares (SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Estudos apontam que ainda há uma predominância de atividades curativas e preventivas individuais, em detrimento de ações de promoção de saúde coletiva. Com a atividade clínica, dentro do consultório odontológico, ocupando a maior parte da carga horária de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Apesar de a APS preconizar ênfase nas atividades de prevenção e promoção da saúde, percebe-se que o modelo assistencial permanece vigente (SANTANA *et al.*, 2013; MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015; REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

5.9 Limitações e potencialidades do interprofissionalismo

5.9.1 Estratégias de aproximação do CD com a equipe

Os participantes da presente pesquisa também foram convidados a sugerir maneiras de tornar a relação interprofissional com a equipe de saúde bucal mais próxima, caso julgassem necessário. A partir desse questionamento, propostas foram dadas, salientando a importância das reuniões em equipe e os atendimentos compartilhados, com destaque para algumas falas que se sobressaíram:

Determinação de número de atendimentos compartilhados ao mês e compartilhamento da agenda. (Médico 7)

Reuniões periódicas com a equipe, planejamento de atendimentos e atividades coletivas e estudos de caso. (CD 6)

Os atendimentos de forma compartilhada ocorrerem com mais frequência em todas UAPS, não sendo apenas em alguma de forma pontual. (NASF 1 - Terapeuta ocupacional)

A comunicação entre os profissionais é um elemento central para o trabalho em equipes integradas, por possibilitar a troca de saberes por meio da discussão de casos e consultas compartilhadas. Além de permitir a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário e formação interprofissional (SILVA *et al.*, 2015).

As reuniões de equipe são uma importante estratégia para o estreitamento das relações entre os membros da ESF e para o melhor desempenho e planejamento das atividades. Outra alternativa estratégica é permitir que os profissionais conheçam o trabalho de cada um com maior propriedade, de modo que todos possam conhecer as dificuldades que o outro encontra a partir de suas responsabilidades diárias (PERUZZO *et al.*, 2018).

Recomenda-se explorar as potenciais oportunidades para uma comunicação interprofissional, por meio de reuniões frequentes nas equipes e discussões dos casos, a fim de exercer uma tomada de decisão compartilhada, como preconiza a política que guia a Estratégia Saúde da Família (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Outra sugestão relatada com ênfase, nos resultados da pesquisa, foi a constatação da necessidade de alguma forma de capacitação e/ou aperfeiçoamento a serem ofertados para os trabalhadores da ESF, visando melhorar as relações interprofissionais, aproximando-os do ambiente que é a APS.

Capacitações semestrais sobre relações interprofissionais e reuniões quinzenais com a equipe da ESF. (CD 5)

O incentivo de capacitações para promover o conhecimento, além de fortalecer os vínculos. (Enfermeira 9)

Aperfeiçoamentos voltados para o trabalho interprofissional e sobre relações interpessoais, planejamento de ações conjuntas incluindo a saúde bucal. Reuniões conjuntas para definição de ações interprofissionais. (NASF 5 - Fisioterapeuta)

Para que o trabalho na ESF seja integrado e articulado é preciso trabalhar na lógica de melhorar as relações entre os profissionais em prol da qualificação da atenção em saúde, do cuidado oferecido à população e do processo de trabalho das UAPS. Para tanto, é importante investir nas relações interpessoais, entendendo-as como um elemento de relevância para operacionalizar o trabalho na ESF e como forma de manutenção do trabalho em equipe (FERNANDES *et al.*, 2015).

Tal posicionamento requer apoio da gestão, traduzido em iniciativas que possibilitem implementar e qualificar o trabalho em equipe, mas exige também um comprometimento pessoal, uma vez que a interprofissionalidade requer uma articulação intencional entre as profissões (COSTA *et al.*, 2015).

5.9.2 Percepções sobre o distanciamento do CD da eSF

Alguns profissionais ressaltaram sentir a equipe de saúde bucal (eSB) distante da equipe saúde da família (eSF), como se não a integrassem também, limitando-se às atividades vinculadas ao consultório odontológico, ao invés de apresentarem uma postura mais participativa dentro da unidade.

Seria importante que os profissionais da saúde bucal se apropriassem do universo que é a eSF, e não se limitassem somente a eSB como centro. O grupo de trabalho é imenso, complexo, e toda força contribui para melhoria. (Enfermeira 3)

Posso dar como exemplo uma profissional da saúde bucal que sempre foi muito presente, fazendo questão de participar de todas as atividades da unidade, realizando também atividades de PSE, sendo extremamente participativa. Vejo que alguns profissionais não participam das reuniões de planejamento de trabalho da unidade, por mais que sejam convocados, não sendo formados vínculos que facilitem as relações interprofissionais. (Enfermeira 6)

Poderia haver encontros técnicos onde os profissionais de saúde bucal se sentissem efetivamente fazendo parte da ESF, onde seria abordado planejamento de ações com base em indicadores de saúde e avaliação do planejamento das ações. (NASF 6 - Psicóloga)

A labuta em equipe depende do desempenho dos trabalhadores e em sua conscientização na consolidação de um ambiente que permita as discussões, tanto acerca das problemáticas existentes no espaço de trabalho quanto sobre o fortalecimento das potencialidades de cada profissional (FERNANDES *et al.*, 2015).

A incorporação da equipe de saúde bucal trouxe mudanças no âmbito da APS, agregando desafios para o trabalho em equipe, principalmente no tocante às relações interpessoais, como a presença de conflito e o distanciamento entre os membros. Esses desafios podem ser superados com incorporação de estratégias diversas, como: realização de reuniões periódicas da equipe, conhecimento e valorização do papel de cada integrante e estímulo ao estreitamento do vínculo entre os profissionais (PERUZZO *et al.*, 2018).

Dessa forma, a comunicação é uma ação inerente ao trabalho em equipe, sendo transversal aos outros elementos necessários para a realização do trabalho na ESF. Em virtude de possibilitar a construção de elementos essenciais como confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do papel do outro e colaboração, necessários para a equipe interprofissional (SOUZA *et al.*, 2016).

5.9.3 Demanda de atendimentos x trabalho interprofissional

Buscou-se saber a opinião dos profissionais da presente pesquisa acerca do número de usuários que são atendidos diariamente na ESF, se de alguma forma a quantidade impossibilitava um melhor trabalho interprofissional junto à equipe de saúde bucal. Os resultados mostraram que poucos trabalhadores não julgaram a demanda nas unidades como empecilho para o trabalho em equipe, acreditando que essa situação seria convertida diante de uma agenda bem organizada e mais compromisso dos envolvidos. Porém, a grande maioria pensou de maneira diferente:

O número exorbitante de pacientes para atender em cada turno impossibilita uma pausa para planificar estratégias e discutir casos em conjunto com a equipe de saúde bucal. (Médica 5)

A quantidade exorbitante de famílias impossibilita o tratamento concluído e as ações integrais. (CD 6)

A grande demanda dificulta o processo de trabalho interprofissional. Dificulta principalmente em desenvolver estratégias/ações voltadas à prevenção e promoção, não só em relação à saúde bucal, de forma geral. (Enfermeiro 11)

A alta demanda limita o tempo para dispor de uma consulta ou atendimento mais qualificado e interprofissional, pois este trabalho exige um tempo maior para sua execução, bem como disponibilidade simultânea dos profissionais. A consulta compartilhada, por exemplo, requer uma discussão anterior do caso, um momento com o próprio usuário, bem como reuniões posteriores para discussão e definição das metas e prosseguimento do caso. (NASF 5 - Fisioterapeuta)

Estudos apontam a grande demanda acumulada, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo disponível como importantes barreiras para o trabalho compartilhado e integração entre os profissionais no âmbito da saúde bucal nas UAPS. Há a necessidade de mecanismos institucionais, traduzidos em ações em nível da gestão que possam permitir essas práticas integradas (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015; FARIAS *et al.*, 2018).

O próprio processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a formação acadêmica dos profissionais, os programas ministeriais, com seus protocolos e metas, os aspectos estruturais e as concepções acerca da Educação em Saúde confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia o modelo tradicional de educação, o que faz com que este permaneça hegemônico nas práticas atuais (MENDES *et al.*, 2017).

Assim, um ponto a se considerar na dificuldade de operacionalização do trabalho da ESF e do NASF pode ser o fato da política de gestão ser centrada em metas de produção, que tem implicações para as relações de interação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de um trabalho interprofissional (MATUDA *et al.*, 2015).

As exigências e as cobranças presentes nos serviços de saúde, como melhorar indicadores de saúde e o número de procedimentos, podem burocratizar o atendimento em saúde e culminar em dificuldades para manter o diálogo entre as categorias profissionais, debilitando, por conseguinte, a comunicação interprofissional (JORGE *et al.*, 2014).

5.9.4 Necessidade de capacitações/aperfeiçoamento

Por fim, outra questão também foi levantada, onde os profissionais puderam expor sua concepção sobre o quão importante seria uma capacitação antes de ingressar na ESF, bem como um acompanhamento através da educação permanente para engrandecer o trabalho interprofissional, não restando dúvidas entre todos os trabalhadores, das diversas categorias, da contribuição de uma qualificação prévia e contínua na Atenção Primária à Saúde.

A capacitação é primordial para a inserção do profissional no mundo do SUS, pois este já chega habilitado e consciente das ações e princípios do SUS, para assim aplicá-los de modo correto. Ex.: PET-Saúde que habilita os estudantes a conhecer a ESF e vivenciar o território com os agentes comunitários de saúde e a rotina de trabalho da equipe como um todo. (CD 6)

Acredito que seria interessante para tomar conhecimento das atividades que são da nossa responsabilidade e trabalhar em equipe, possibilitando um verdadeiro “compartilhar de experiências” e dar mais resolutividade aos problemas da área de abrangência da equipe. (Enfermeira 2)

Preparando os profissionais para atuarem na Atenção Básica, favorecendo o conhecimento das ferramentas de trabalho utilizadas nesse nível de atenção. (NASF 3 - Fisioterapeuta)

Estudos trazem que os profissionais da ESF, por vezes, consideram insuficientes seus conhecimentos sobre como trabalhar conceitos relativos aos princípios ordenadores da Atenção Básica, como planejamento, monitoramento e avaliação, indicadores, processo de trabalho em equipe e organização da demanda, aprendendo com a rotina e colegas de trabalho (MOURA *et al.*, 2013; REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015; PERUZZO *et al.*, 2018).

A inclusão do profissional cirurgião-dentista na ESF confronta sua formação tradicional de saber fragmentado, comum também entre os demais profissionais da saúde, o que representa um desafio para o trabalho interprofissional. Porém, quando esses profissionais possuem formação continuada no contexto da saúde coletiva e da família conseguem estabelecer uma integração no trabalho em equipe, o entendimento a partir do trabalho interprofissional e a valorização das competências profissionais comuns (PERUZZO *et al.*, 2018).

Assim, iniciativas interprofissionais na formação dos profissionais da saúde já na graduação, poderiam contribuir na sensibilização da integralidade do cuidado, tais como propostas curriculares integradas entre diferentes cursos (OLIVEIRA *et al.*, 2016), disciplinas eletivas e/ou obrigatórias envolvendo duas ou mais profissões da saúde, atividades de extensão e/ou atividades extracurriculares, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que utiliza o aprendizado compartilhado para o desenvolvimento de capacidade para o trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2015).

Iniciativas interprofissionais devem estar presentes em diferentes momentos da formação dos profissionais da saúde, durante e após a graduação, devendo ser estimuladas ainda na Universidade. Quando se permite a interação de estudantes de diferentes profissões, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação, há uma maior disponibilidade para aprendizagem compartilhada e trabalho em equipe (NUTO *et al.*, 2017).

As atividades além da Universidade, nos cenários reais da assistência à saúde municipal, são determinantes para a formação profissional, por proporcionarem a oportunidade de conhecer o mundo do trabalho, favorecendo a autonomia em relação à tomada de decisões, trabalho em equipe multiprofissional, formação humanística, conhecimentos em relação ao sistema vigente no país, capacidade de planejamento de ações em promoção de saúde e certamente um novo olhar sobre a realidade (MOURA *et al.*, 2015).

A capacitação de maneira geral, já começava como uma ótima estratégia para inserir o profissional dentro do seu ambiente de trabalho, visto que ESF é um processo contínuo e de vínculo com sua população adscrita, que de maneira alguma deve ser feito individualmente. (Enfermeiro 11)

A capacitação seria uma forma de sensibilizar os profissionais quanto à importância desse tipo de trabalho, bem como uma forma de qualificá-los no desenvolvimento das ações, podendo ser um direcionamento do que pode ser executado entre as diversas especialidades e para casos específicos da Atenção Primária. (NASF 5 - Fisioterapeuta)

Super importante, muitos profissionais saem da faculdade sem a noção real do que é trabalhar com saúde coletiva, assim como o processo de educação permanente favorece um trabalho em equipe mais integrado, com indicadores de saúde do território, avaliação, planejamento, enfim só se ganha com qualificação constante e contínua. (NASF 6 - Psicóloga)

A educação profissional ainda é desenvolvida por meio da oferta de capacitações e treinamentos, apoiada no saber biomédico e fundamentada em abordagem metodológica vertical de transmissão de informação. O propósito, geralmente, é de atualização de procedimentos e protocolos, baseando-se nas recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Logo, as ações de formação desenvolvidas ainda estão aquém do que se espera para as transformações desejadas no âmbito da APS. Os profissionais de saúde necessitam ser preparados para superar suas limitações e para o aperfeiçoamento e a atualização técnica a partir da educação permanente, que sugira um novo caminho para os profissionais de saúde produzirem conhecimento e pensarem a educação no trabalho (SILVA *et al.*, 2016).

As rotinas de trabalho podem contribuir na organização da assistência em toda rede da Atenção Básica, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para os profissionais, na busca permanente da qualidade da atenção à saúde. Além disso, é importante ressaltar que os profissionais necessitam ser qualificados para essa atenção, quando não têm experiência anterior, e ter a educação permanente instituída nas suas práticas (GARCIA *et al.*, 2015).

A educação permanente em saúde é caracterizada pela relação aprendizagem-trabalho, que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde, onde o aprender e o ensinar se incorporam aos processos de trabalho, sendo fatores indissociáveis que se incorporam no cotidiano dos serviços e na interação entre os profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, realizado com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e membros do NASF), do município de Icó, buscou-se conhecer o interprofissionalismo no âmbito da saúde bucal, para se obter sugestões que viabilizem o crescimento dessa prática na APS.

Constatou-se, pelas respostas dos pesquisados, que a manutenção técnica dos equipamentos das unidades ainda deixa a desejar, e os insumos, para realização dos procedimentos rotineiros e atividades coletivas, às vezes faltam por tempo indeterminado, o que afeta diretamente as ações interprofissionais de promoção de saúde, por restringirem o processo de trabalho.

A estabilidade dos profissionais em seus empregos é um ponto importante, para lhes conferir motivação e se manterem comprometidos no trabalho. Porém, uma boa parcela dos trabalhadores alegou não ter seus direitos garantidos, com uma queixa sobre a inexistência de um plano de cargos, carreiras e salários no município.

Apesar de não haver no município uma política de educação permanente instituída, definida de acordo com as necessidades dos profissionais, a maioria relata ser liberada para participar de cursos de atualização, qualificação e pós-graduação. Isso possibilita uma visão mais ampla sobre o cuidado, bem como um olhar crítico frente aos problemas.

Há um bom número de trabalhadores com especialização em Saúde da Família, porém quando se trata dos cirurgiões-dentistas, a área clínica é a mais procurada, ainda em virtude, certamente, da formação tradicional de saber fragmentado predominante nas Universidades.

As reuniões de equipe são espaços propícios para o planejamento e avaliação de atividades interprofissionais na Estratégia Saúde da Família, entretanto os cirurgiões-dentistas não apresentam uma frequência assídua em comparação com as demais categorias profissionais, assim como não têm o hábito de compartilhar a organização das agendas de atendimento individual com os outros membros da equipe.

A prática interprofissional é reconhecida por todos os pesquisados como contribuinte para uma melhor assistência ao processo saúde-doença. Porém, não deve limitar-se a protocolos, e sim ser compreendida como campo com possibilidades que podem direcionar novas maneiras de trabalhar e de cuidar em saúde, valorizando o saber compartilhado.

As atividades interprofissionais envolvendo a equipe de saúde bucal, realizadas com mais frequência, foram as ações educativas do Programa Saúde na Escola, as visitas domiciliares e as atividades compartilhadas dentro da unidade, em especial nas consultas das

gestantes e de puericultura. Esta última ação foi ressignificada com a presença dos profissionais do NASF, que cumprem o papel de auxiliar no desenvolvimento da integralidade do cuidado, por meio de estratégias e ferramentas de trabalho. Entretanto, a predominância pelos atendimentos curativos individuais é real, ocupando a maior parte da carga horária dos cirurgiões-dentistas.

Reuniões em equipe mais frequentes e homogêneas em todas as unidades foram sugeridas como uma maneira de intensificar as relações interprofissionais na ESF. Além de uma determinação para o número de atendimentos compartilhados, para que não ocorra apenas pontualmente. Para tanto, o apoio da gestão e o comprometimento pessoal dos trabalhadores se fazem necessários.

Pontos considerados limitantes para a prática interprofissional foram: a demanda excessiva de usuários, quase todas as unidades do município encontram-se com uma população que ultrapassa demasiadamente o número de famílias preconizado pelo Ministério da Saúde; por parte dos enfermeiros há a justa queixa de serem os responsáveis pelo gerenciamento de suas unidades, sentindo-se sobrecarregados por uma função que não deveria ser de sua competência segundo a PNAB; e a própria postura da equipe de saúde bucal, que nem sempre se apropria da realidade da ESF.

Visando melhorar esse quadro, observou-se diante dos resultados do presente estudo, que capacitações aos profissionais, antes de ingressarem na ESF, seriam importantes para permitir a compreensão sobre o funcionamento e as ferramentas de trabalho a serem utilizadas na prática, de maneira a obterem conhecimento e um olhar ampliado voltado ao interprofissionalismo.

Destaca-se também a necessidade da institucionalização da política de educação permanente como parte integrante e inerente ao trabalho na saúde da família. Dessa maneira, é fundamental considerar a necessidade da sensibilização de gestores e profissionais para assumirem a educação permanente como ação essencial e não dissociada da atenção à saúde, evitando-se a transmissão de informações puramente verticais de atualização de procedimentos e protocolos.

Reconhece-se que a mudança da lógica do estabelecimento de equipes para atuar na ESF, para firmar as práticas do trabalho em equipe, é complexa, por se tratar das singularidades dos sujeitos. É importante a existência de articulação entre as ações executadas para atender às demandas imediatas referentes às queixas dos usuários. Mas também é crucial o planejamento e avaliação em equipe para as atividades cotidianas de promoção de saúde.

Esse trabalho servirá para subsidiar discussões acerca do interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família, em especial nas práticas de promoção de saúde bucal, tendo em vista que o trabalho interprofissional apresenta-se como um dos melhores métodos de atuação em saúde para enfrentar os diversos desafios presentes na APS, possibilitando resolutividade ampliada dos serviços prestados e qualificando a atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-8. 2013.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-64. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-99. 2011.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a Passo- PSE- Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, seção 1, p. 85, dez. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica n. 39**, Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica n. 17**, Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

CAMELO, S. H. H. Professional competencies of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 192-200. 2012.

CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. supl. 1, p. 85-112. 2011.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. The federal primary health care politics in Brazil in the 2000's. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 477-506. 2012.

CEARÁ. **Caderno de Informação em Saúde - Região de Saúde Icó**. Fortaleza, 2015.

CEARÁ. **Coisa de Cearense**. 2017. Disponível em: <http://coisadecearense.com.br/ico/>. Acesso em: 06 mar. 2019.

COSTA, M. V. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-20. 2015.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supp.1, p. 1865-73. 2010.

COSTA, S. M., et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, p. 90-6. 2013.

CFO. **Quantidade Geral de Cirurgiões-Dentistas Especialistas**. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>. Acesso em: 19 set. 2019.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-82. 2014.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Fortaleza, v. 18, n. 48, p. 213-5. 2014.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 415-37. 2013.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-62, jan-abr. 2018.

FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 109-115, jan-mar. 2011.

FAUSTO, M. C. R. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 13-33. 2014.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1915-26, jan-mar. 2015.

FERREIRA, G. C. et al. Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Odontológica do Planalto Central**, v. 4, n. 1, p. 40-4, jan-jun. 2014.

FERREIRA, M. B. G. et al. Caracterização do contexto de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 565-72, jul-set. 2015.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 411-20. 2011.

GARCIA, A. C. P. et al. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, p. 31-6, jan-mar. 2015.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/ico.html>. Acesso em: 06 mar. 2019.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-11, out-dez. 2015.

JORGE, M. S. B., et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 2, p. 63-74. 2014.

LIBÓRIO, D.; TERRA, L. **Metodologia científica**. São Paulo: Laureate - International Universities, 2015.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24. 2014.

LIMÃO, N. P. et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 84-92, jan-mar. 2016.

MACÊDO, M. S. R.; CHAVES, S. C. L.; FERNANDES, A. L. C. Investimentos e custos da atenção à saúde bucal na Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 41. 2016.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104. 2015.

MAIA, D. B. et al. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110. 2013.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-38. 2016.

MARTINS, K. P. et al. Internal structure of Family Health Units: access for people with disabilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10. 2016.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-8. 2014.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 173-86. 2013.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-21. 2015.

MEDEIROS, C. R. G., et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl.1, p. 1521-31. 2010.

MEDEIROS, L. C. M. Educação Permanente como instrumento de mudança na Rede de Atenção à Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 65-74. 2015.

MELO, L. M. L. L. et al. A Construção de uma Agenda de Gestão Compartilhada para a Reorganização da Demanda em Saúde Bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55. 2016.

MENDES, J. D. R. et al. Análise das Atividades de Educação em Saúde realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21, jan-mar. 2017.

MEYER, A. P. G. F. V.; SAINTRAIN, M. V. L. Reflexões sobre a saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 451-2, out./dez. 2013.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, p. 170-85. 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MORAES, A. M.; FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Sobral: Aiamis, 2017.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-86. 2015.

MOREIRA, K. S. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2. 2017.

MORGAN, S; PULLON, S.; MCKINLEY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 7, p. 1217-30. 2015.

MOURA, E. L. S. et al. Práticas de Odontologia em Saúde Coletiva na Estratégia Saúde da Família. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 3, p. 52-9. 2015.

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 471-80. 2013.

NUTO, S. A. S., et al. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.**, v. 41, n. 1, p. 50-7. 2017.

OLIVEIRA JÚNIOR, R. G. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4. 2013.

OLIVEIRA, C. M. D., et al. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 20, n. 59, p. 1005-14. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 158-64. 2013.

OLIVEIRA, W. M. A; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, p. 20-5. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

- PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. . **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 20, n. 56, p. 199-201. 2016.
- PEDUZZI, M. et al. Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp 2, p. 7-15. 2015.
- PEDUZZI, M. et al. Ampliação da prática clínica da enfermeira de Atenção Básica no trabalho interprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 1, p. 121-8. 2019.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 17, n. 45, p. 327-40, abr./jun. 2013.
- PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4. 2018.
- PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 657-64. 2010.
- PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-84. 2015.
- POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2011.
- PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. supl.2, p. 1535-47. 2018.
- PROTASIO, A. P. L.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, jan-mar. 2015.
- REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan-mar. 2015.
- RENNER, J. S. et al. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 440-6, abr-jun. 2014.
- SANTANA, F. R. et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 422-9, abr-jun. 2013.

SILVA, C. T. et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-9. 2016.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. esp 2, p.16-24. 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-32. 2013.

SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v. 16, n. 1, p. 167-84. 2011.

SILVEIRA FILHO, A. D. et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 851-65, out-dez. 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-28. 2015.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. The Mais Médicos (More Doctors) Program, the infrastructure of primary health units and the municipal human development index. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9. 2016.

SOUZA, G. C. et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, p. 640-7. 2016.

SOUZA, R. O. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. **Revista APS**, v. 18, n. 2. 2015.

TELES, M. A. B. et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 72. 2014.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica** para a Área da Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CIRURGIÃO-
DENTISTA**

BLOCO TEMÁTICO 01 - CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

01. Iniciais do nome: _____

02. Sexo:

01 () Feminino

02 () Masculino

03. Idade (em anos completos): _____

04. Instituição onde concluiu a faculdade de Odontologia:

01 () Particular

02 () Pública

05. Tempo de graduado em Odontologia (em anos completos):

06. Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (em anos completos):

07. Coursou ou cursa pós-graduação? Cite-a(as).

BLOCO TEMÁTICO 02 - PROCESSO DE TRABALHO

Assinalar com **X** quando: **CT** - Concordar Totalmente, **C** - Concordar, **N** - Neutro,
D - Discordar, **DT** - Discordar Totalmente

DECLARAÇÕES	CT	C	N	D	DT
As Unidades de Atenção Primária à Saúde contam com uma infraestrutura física e equipamentos adequados para o desenvolvimento das ações de saúde bucal.					
As Unidades de Atenção Primária à Saúde dispõe de insumos odontológicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde bucal.					
As Unidades de Atenção Primária à Saúde têm sua manutenção técnica garantida na Odontologia.					
Os cirurgiões-dentistas da Atenção Básica têm seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos.					
Há plano de carreiras, cargos e salários para os cirurgiões-dentistas na Atenção Básica do município de Icó.					
Os cirurgiões-dentistas são remunerados considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Atenção Básica.					
Há uma política de educação permanente elaborada e instituída na Atenção Básica.					
As estratégias de educação permanente são construídas de acordo com as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica.					
É liberado para participar de cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.					
Possui formação complementar que o qualifica para o trabalho na Atenção Básica.					
A equipe de saúde na qual trabalho realiza reuniões periódicas com todos os profissionais graduados.					
A equipe de saúde na qual trabalho organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais graduados de maneira compartilhada.					
A equipe de saúde na qual trabalho utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos, como o Projeto Terapêutico Singular, envolvendo diferentes profissionais de saúde.					

BLOCO TEMÁTICO 03 - INTERPROFISSIONALISMO EM SAÚDE BUCAL

1. Qual o seu papel dentro da Estratégia Saúde da Família, como membro de uma equipe interprofissional?
2. Tem alguma pós-graduação que contribui para o seu trabalho em equipe? De qual maneira?
3. O trabalho interprofissional, com os demais profissionais graduados, contribui para uma melhor assistência à saúde? Por quê?
4. Quais atividades você já compartilhou ou compartilha com os demais profissionais graduados da Estratégia Saúde da Família? (Exemplos: atendimento compartilhado, visita domiciliar, Projeto Terapêutico Singular, Programa Saúde na Escola, Grupos, teste-rápido...).
5. Quais sugestões você teria para tornar a relação interprofissional com sua equipe da Estratégia Saúde da Família mais próxima?
6. Você acredita que o número de usuários que atende diariamente impossibilita o trabalho interprofissional na Estratégia Saúde da Família? Explique.
7. De que maneira uma capacitação antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família seria importante para o trabalho interprofissional, bem como a Educação Permanente?

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS
DA ESF**

BLOCO TEMÁTICO 01 - CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

01. Iniciais do nome: _____

02. Sexo:

01 () Feminino

02 () Masculino

03. Idade (em anos completos): _____

04. Profissão: _____

05. Instituição onde concluiu a graduação:

01 () Particular

02 () Pública

06. Tempo de graduado (em anos completos):

07. Tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (em anos completos):

08. Cursou ou cursa pós-graduação? Cite-a(as).

BLOCO TEMÁTICO 02 - PROCESSO DE TRABALHO

Assinalar com **X** quando: **CT** - Concordar Totalmente, **C** - Concordar, **N** - Neutro,
D - Discordar, **DT** - Discordar Totalmente

DECLARAÇÕES	CT	C	N	D	DT
As Unidades de Atenção Primária à Saúde contam com uma infraestrutura física e equipamentos adequados para o desenvolvimento das ações de saúde.					
As Unidades de Atenção Primária à Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.					
As Unidades de Atenção Primária à Saúde têm sua manutenção técnica garantida.					
Os profissionais da Atenção Básica têm seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos.					
Há plano de carreiras, cargos e salários para os profissionais de saúde da Atenção Básica do município de Icó.					
Os trabalhadores são remunerados considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de Atenção Básica.					
Há uma política de educação permanente elaborada e instituída na Atenção Básica.					
As estratégias de educação permanente são construídas de acordo com as necessidades definidas com os profissionais da Atenção Básica.					
É liberado para participar de cursos de atualização, qualificação e pós-graduação.					
Possui formação complementar que o qualifica para o trabalho na Atenção Básica.					
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo realiza(m) reuniões periódicas com todos seus profissionais graduados.					
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo organiza(m) as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais graduados de maneira compartilhada.					
A(s) equipe(s) de saúde na(s) qual(is) trabalho/atuo utiliza(m) ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos, como o Projeto Terapêutico Singular, envolvendo diferentes profissionais de saúde.					

BLOCO TEMÁTICO 03 - INTERPROFISSIONALISMO EM SAÚDE BUCAL

1. Qual o seu papel dentro da Estratégia Saúde da Família, como membro de uma equipe interprofissional?
2. Tem alguma pós-graduação que contribui para o seu trabalho em equipe? De qual maneira?
3. Você acredita que o trabalho interprofissional, juntamente com a equipe de saúde bucal, contribui para uma melhor assistência à saúde? Por quê?
4. Quais atividades você já compartilhou ou compartilha com a equipe de saúde bucal? (Exemplos: atendimento compartilhado, visita domiciliar, Projeto Terapêutico Singular, Programa Saúde na Escola, Grupos, teste-rápido...).
5. Quais sugestões você daria para tornar a relação interprofissional com a equipe de saúde bucal mais próxima?
6. Você acredita que o número de usuários que atende diariamente impossibilita um melhor trabalho interprofissional com a equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família? Explique.
7. De que maneira uma capacitação antes de ingressar na Estratégia Saúde da Família seria importante para o trabalho interprofissional, bem como um acompanhamento através da Educação Permanente?

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que a Secretaria Municipal de Saúde do município de Icó contém de toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada "INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL", a ser realizada pela pesquisadora Hipácia Fayame Clares Alves.

Fortaleza, 28 de junho de 2019.


Orianna Maria Guimarães Nunes Leite
Secretaria Municipal da Saúde
PORTARIA Nº 1089/2018

(Secretária de Saúde do município de Icó)

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Hipácia Fayame Clares Alves a participar da pesquisa intitulada “INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Informamos que, caso aceite colaborar, pediremos que responda algumas perguntas sobre o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família, bem como sua relação profissional com a equipe de saúde bucal.

Será aplicado um questionário, dividido em três blocos temáticos: o primeiro trata da caracterização do profissional (07 questões quando o pesquisado for cirurgião-dentista e 08 questões quando o pesquisado for outro profissional), o segundo sobre o processo de trabalho (13 declarações em escala de Likert, a qual permite medir o grau de conformidade em relação às assertivas), e o terceiro bloco abrange o interprofissionalismo em saúde bucal (07 questões abertas). Caso deseje, poderá responder ao questionário sem a ajuda da pesquisadora, ela ficará ao lado para eventuais dúvidas e recolher ao término. O tempo que leva para preencher o questionário é em torno de 20 minutos, mas poderá interromper se preferir.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer o interprofissionalismo, no âmbito da saúde bucal, entre os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família, obtendo sugestões dos próprios profissionais para melhorar o processo de trabalho e atendimento aos usuários. Por isso a sua participação é muito importante para esse estudo.

O desconforto e risco para responder ao questionário serão mínimos, visto que a pesquisa será realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, em uma sala reservada, com privacidade, bem como as questões não abordam assuntos íntimos ou que exijam esforço, os riscos limitam-se a um possível constrangimento durante as perguntas e/ou desconforto por conta do tempo necessário para participar. Será feito todo o esforço possível para que nada de desagradável ou constrangedor aconteça, deixando-o(a) à vontade para não responder as perguntas caso mude de ideia.

Destacamos ainda que: 1º) a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo no seu ambiente de trabalho; 2º) a qualquer momento poderá

pedir outros esclarecimentos ou informações sobre o estudo; 3º) é dada a garantia de que as informações conseguidas através de sua colaboração não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das informações adquiridas apenas será feita entre os profissionais estudiosos do assunto; 4º) não será feito nenhum pagamento por participar da pesquisa; 5º) é garantido direito à assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios, pelo tempo que for necessário, sem ônus de qualquer espécie em todas as situações em que se necessite; 6º) é garantido direito de buscar indenização por danos eventuais.

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Coordenação da Pesquisa: Patrícia Moreira Costa Collares (Professora Orientadora), Hipácia Fayame Clares Alves (Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família).

Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115, Rodolfo Teófilo CEP: 60430-160 Fortaleza - Ceará.

Telefones para contato: (85) 3366-8449 / (85) 3366-8457 / (88) 99900-4049

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: (85) 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda à sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante da pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após a leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também

sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada e rubricada pela pesquisadora desse termo como também assinei e rubriquei a via que ficou com a pesquisadora.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome da pesquisadora principal

Data

Assinatura

Nome do profissional

Data

Assinatura

que aplicou o TCLE

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Pesquisador: HIPACIA FAYAME CLARES ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10436919.0.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.355.254

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório e transversal, com complementaridade entre as abordagens quantitativa e qualitativa. Será desenvolvido com todos os profissionais graduados da área da saúde da Atenção Básica do município de Icó que atuam em Estratégia Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal, totalizando 48 profissionais. Dois questionários semiestruturados semelhantes, um aplicado aos cirurgiões-dentistas e o outro aos demais trabalhadores, serão utilizados como instrumentos de coleta de dados. Os dados quantitativos serão organizados e analisados com o auxílio de software de análise estatística SPSS e pelo programa Excel versão 2013. E os qualitativos serão submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o interprofissionalismo, no âmbito da saúde bucal, entre os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Caracterizar, profissionalmente, os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família do município de Icó-CE;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.355.254

Identificar quais as relações interprofissionais na promoção de saúde bucal acontecem na Estratégia Saúde da Família;

Sensibilizar a gestão e os profissionais sobre a importância do interprofissionalismo na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O desconforto e risco para responder ao instrumento serão mínimos, visto que a pesquisa será realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, em uma sala reservada, com privacidade, bem como as questões não abordam assuntos íntimos ou que exijam esforço, os riscos limitam-se a um possível constrangimento durante as perguntas e/ou desconforto por conta do tempo necessário para participar.

Benefícios:

A pesquisa permitirá compreender o interprofissionalismo, no âmbito da saúde bucal, entre os trabalhadores graduados da Estratégia Saúde da Família, obtendo sugestões dos próprios profissionais para melhorar o processo de trabalho e atendimento aos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com aplicação de questionários a uma amostra situada na cidade de Icó a ser desenvolvida por uma aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inadequações foram corrigidas, portanto sugiro parecer favorável para o presente projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287767.pdf	26/04/2019 15:26:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Hipacia_3_corrigido.docx	26/04/2019 15:25:40	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	26/04/2019 15:24:02	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.355.254

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/04/2019 15:24:02	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Scan_folha_rosto.pdf	17/03/2019 09:11:52	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Outros	Scan_dados.pdf	17/03/2019 09:11:22	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Outros	Scan_curriculo.pdf	10/03/2019 19:24:17	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Outros	Scan_carta.pdf	10/03/2019 17:08:36	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Scan_concordancia.pdf	10/03/2019 17:05:02	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan_instituicao.pdf	10/03/2019 17:02:40	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Cronograma	Scan_cronograma.pdf	10/03/2019 17:00:03	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito
Orçamento	Scan_orcamento.pdf	10/03/2019 16:59:21	HIPACIA FAYAME CLARES ALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Maio de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B - SUBMISSÃO DO ARTIGO

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2019-3533

Title INTERPROFISSIONALISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Authors Alves, Hipácia
Collares, Patrícia
Alves, Renata
Brasil, Christina

Date Submitted 04-Dec-2019