

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

MIRELLA GONÇALVES CALDEIRA PADULA

**PERFIL PROFISSIONAL DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
INTEGRANTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE MARÍLIA-SP: O DESAFIO DO TRABALHO
INTERPROFISSIONAL**

MARÍLIA

2013

Mirella Gonçalves Caldeira Padula

Perfil profissional de cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família
do município de Marília-SP: o desafio do trabalho interprofissional

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em “Ensino em
Saúde”, da Faculdade de Medicina de
Marília, para obtenção do título de Mestre.
Área de concentração: Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Henrique
Aguilar da Silva.

Marília
2013

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa,
desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília

Padula, Mirella Gonçalves Caldeira

Perfil profissional de cirurgiões-dentistas integrantes da
Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP: o
desafio do trabalho interprofissional / Mirella Gonçalves
Caldeira Padula. - - Marília, 2013.

103 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde)
– Faculdade de Medicina de Marília.

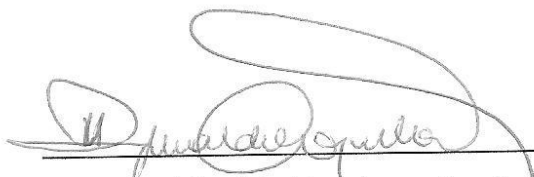
1. Odontólogos. 2. Programa Saúde da Família. 3. Equipe
de assistência ao paciente. 4. Relações interprofissionais.

Mirella Gonçalves Caldeira Padula

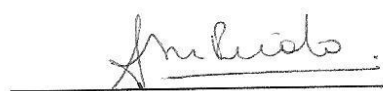
Perfil profissional de cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP: o desafio do trabalho interprofissional

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em "Ensino em Saúde", da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ensino em Saúde.

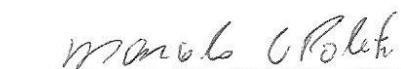
Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar da Silva
Faculdade de Medicina de Marília



Profa. Dra. Sueli Moreira Pirolo
Faculdade de Medicina de Marília



Prof. Dr. Marcelo Lupion Poleti
Universidade Norte do Paraná
Instituto Federal do Paraná

Data da aprovação: 30/07/2013

Dedico este trabalho a Deus, ao meu querido e doce marido Rogério e à minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar da Silva pela paciência, apoio, transmissão de conhecimentos e pelo entusiasmo em fazer tudo parecer tão simples e tranquilo. Admiro seu raciocínio rápido e suas colocações tão pertinentes.

À Prof. Dr. Sueli Moreira Pirolo por todo apoio, orientação e incentivo na realização deste trabalho. Obrigada pelo carinho e pela amizade.

Ao meu querido marido Rogério que é um lindo e especial presente de Deus em minha vida. Sua alegria e doçura proporcionam muita paz e esperança aos meus dias. Muito obrigada por apoiar-me sempre e incentivar meus (nossos) sonhos. Te amo!

Aos meus queridos pais Izaías e Lenir que proporcionam inspiração para dedicar-me com amor e alegria aos estudos e ao trabalho.

À minha irmã Dani sempre tão linda, esperta, organizada e inteligente.

Aos meus sogros Miguel e Lucimar que sempre acreditaram em meu potencial.

Aos meus cunhados Hebert, Rodrigo, Thálita, Juninho, Danila e Débora que proporcionam muita alegria à minha vida.

Aos meus lindos sobrinhos Noah e Tiago. Amo vocês e tenho certeza que chegaremos ao doutorado.

Às minhas queridas amigas Nacha e Catiane por apoiarem a Atenção Básica dedicando-se com tanto amor e alegria à Estratégia Saúde da Família.

Ao meus amigos Marcelo e Thaís por serem pessoas e profissionais tão especiais.

Às colegas de trabalho Elen, Daniela, Edimara e Sandrinha que compreenderem minhas ausências durante a realização deste Mestrado.

Aos colegas de trabalho da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação Casa), especialmente à Maria do Carmo, Tereza, Simone, Acir, Andréa, Emerson e Ana Paula pelo carinho, atenção e pelo acolhimento tão especial.

À Secretaria Municipal de Saúde de Marília-SP representada pelo seu secretário municipal de saúde Dr. Márcio Travaglini Carvalho Pereira.

À Associação Feminina de Marília-SP - Maternidade e Gota de Leite representada por sua presidente Virgínia Maria Pradella Balloni.

Aos colegas cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP que contribuem diariamente para o fortalecimento e consolidação da Saúde Bucal na Atenção Básica. Meu agradecimento especial aos profissionais que participaram desta pesquisa e possibilitaram a construção deste estudo.

À Faculdade de Medicina de Marília-SP, representada pelo diretor geral Paulo Roberto Teixeira Michelone, que tem contribuído com a minha capacitação profissional.

Ao dirigentes do Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” Prof. Dr. Spencer Luiz Marques Paião. Prof. Dr. Osni Lázaro Pinheiro e Profa. Dra. Magali Aparecida Alves de Moraes.

Aos professores e pós-graduandos do Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” da Faculdade de Medicina de Marília-SP pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Ao Prof. Dr. Hissachi Tsuji pela participação e atenção dispensada durante meu exame de qualificação.

À bibliotecária Helena que com tanto amor e paciência auxiliou-me na organização desta dissertação.

Às secretárias da pós-graduação Alessandra, Crístielle e Heloísa pela prontidão em ajudar.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta dissertação, desta realização profissional. Muito obrigada!

“O corpo não é feito de um só membro, mas de muitos. Se o pé disser: “Porque não sou mão, não pertencço ao corpo”, nem por isso deixa de fazer parte do corpo. E se o ouvido disser: “Porque não sou olho, não pertencço ao corpo”, nem por isso deixa de fazer parte do corpo. Se todo o corpo fosse olho, onde estaria a audição? Se todo o corpo fosse ouvido, onde estaria o olfato? De fato, Deus dispôs cada um dos membros no corpo, segundo a sua vontade. Se todos fossem um só membro, onde estaria o corpo? Assim, há muitos membros, mas um só corpo. O olho não pode dizer à mão: “Não preciso de você!” Nem a cabeça pode dizer aos pés: “Não preciso de vocês!” Ao contrário, os membros do corpo que parecem mais fracos são indispensáveis, e os membros que pensamos serem menos honrosos, tratamos com especial honra. E os membros que em nós são indecorosos são tratados com decoro especial, enquanto os que em nós são decorosos não precisam ser tratados de maneira especial. Mas Deus estruturou o corpo dando maior honra aos membros que dela tinham falta, a fim de que não haja divisão no corpo, mas, sim que todos os membros tenham igual cuidado uns pelos outros. Quando um membro sofre, todos os outros sofrem com ele; quando um membro é honrado, todos os outros se alegram com ele.” 1 Coríntios 12:14-26

RESUMO

A inserção de profissionais de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi regulamentada em dezembro de 2000 pelo Ministério da Saúde. Estes profissionais são inseridos em um novo contexto que confronta sua formação tradicional de saber fragmentado e apresenta o desafio do trabalho interprofissional. Este estudo teve o objetivo de analisar o perfil e a prática interprofissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF no município de Marília-SP. Realizou-se, então, um estudo de campo, descritivo e com abordagem quantitativa. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado e a adaptação da *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), aplicados à 34 cirurgiões-dentistas que atuam na ESF do município de Marília-SP, no ano de 2012. Para análise dos dados foram utilizadas estatística descritiva e análise de variância não paramétrica Kruskal-Wallis, com pós-teste de comparações múltiplas S-N-K com nível de significância de $p < 0,05$. Obteve-se como resultados que os cirurgiões-dentistas estão na faixa etária de 31 a 40 anos (70,6%), são majoritariamente do gênero feminino (82,4%) e 79,41% apresentam especialização em Saúde Coletiva e da Família. As comparações das diferenças entre as médias dos escores atribuídos nas respostas entre os profissionais com e sem pós-graduação nesta área foi estatisticamente significativa na assertiva referente ao contingente de recursos humanos e o trabalho interprofissional. Os resultados da pesquisa demonstram que o questionário utilizado neste estudo é considerado potente para verificar características sociodemográficas e a percepção sobre o trabalho interprofissional dos cirurgiões-dentistas. No entanto, quanto a avaliação da formação profissional é possível inferir sobre a busca por atualização, mas não sobre a efetividade dos programas de pós-graduação no desenvolvimento do trabalho interprofissional.

Palavras-chave: Odontólogos. Programa Saúde da Família. Equipe de assistência ao paciente. Relações interprofissionais.

ABSTRACT

The insertion of oral health professionals in the Family Health Strategy (FHS) was promulgated in December, 2000 by the Ministry of Health. These professionals are placed in a new context which faces their fragmented knowledge in a traditional formation and shows the challenge of interprofessional work. This study aims to analyse the profile and the interprofessional practice of the dental surgeons who work in the FHS in Marília. It was made a descriptive field study with quantitative approach. In order to collect data, it was used a structured questionnaire and modified version of Readiness Interprofessional Learning Scale (RIPLS), administered to 34 dental surgeons who worked at FHS in the city of Marilia-SP in 2012. . For this data analysis, a descriptive statistics and a nonparametric analysis of variance Kruskal-Wallis were used, followed by a post-test of multiple comparisons S-N-K at a significance level of $p < 0,05$. The results were the dental surgeons are 31 to 40 years old (70,6%), mostly female (82,4%) and 79,41% has Family and Public Health Specialization. The comparisons of the differences between the averages of the scores assigned in the responses among professionals with and without post-graduation in assertive regarding the number of human resources and labor interprofessional was statistically significant. The results show that the questionnaire used in this research is considered powerful to analyse social-demographic features and the perception on the interprofessional work of dental surgeons. However, as for the evaluation of the professional work it is possible to infer about the search for updating , but not about the effectiveness of the post-graduation on interprofessional work development.

Key-words: Dentists. Family Health Program. Patient care team. Interprofessional relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Projeto de Expansão da Saúde da Família do município de Marília-SP ..	34
Quadro 1 – USF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP por faixa etária, Marília-SP, 2013	41
Gráfico 2 – Graduação dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP tendo como referência o ano de 2000, Marília-SP, 2013.....	42
Gráfico 3 – Pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família, Marília-SP, 2013	44
Gráfico 4 – O trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-me a tornar-me um membro efetivo da equipe de saúde (Q1), Marília-SP, 2013.....	48
Gráfico 5 – Para o trabalho em equipe os profissionais precisam da confiança e do respeito uns dos outros (Q2), Marília-SP, 2013.....	48
Gráfico 6 – Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os profissionais trabalham em conjunto para resolver os problemas (Q5), Marília-SP, 2013	49
Gráfico 7 – O trabalho em equipe interprofissional aumenta a minha vontade e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos (Q6), Marília-SP, 2013.....	49
Gráfico 8 – É bom ter a oportunidade de trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde (Q11), Marília-SP, 2013	50
Gráfico 9 – O trabalho em equipe interprofissional contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes (Q12), Marília-SP, 2013	50
Gráfico 10 – Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde (Q14), Marília-SP, 2013.....	51
Gráfico 11 – Não é benéfico para o cirurgião-dentista trabalhar junto com outros profissionais da área da saúde (Q15), Marília-SP, 2013.....	51
Gráfico 12 – Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde (Q8), Marília-SP, 2013.....	52
Gráfico 13 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com profissionais (Q9 e Q10), Marília-SP, 2013.....	53
Gráfico 14 – A minha formação profissional durante a pós-graduação ajudou-me a tornar-me melhor para o trabalho em equipe (Q13), Marília-SP, 2013	53
Gráfico 15 – A função de profissionais de saúde não médicos refere-se essencialmente a proporcionar apoio para os médicos (Q18), Marília-SP, 2013	55

Gráfico 16 – Há pouca sobreposição entre as minhas funções e a de outros profissionais da área da saúde (Q19), Marília-SP, 2013.....	56
Gráfico 17 – Não tenho certeza de qual é o meu papel profissional na equipe de Saúde da Família (Q22), Marília-SP, 2013	56
Gráfico 18 – No trabalho em equipe é indispensável a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal (Q24), Marília-SP, 2013	57
Gráfico 19 – Atingir o diagnóstico será a principal função da equipe de Saúde da Família (Q25), Marília-SP, 2013.....	59
Gráfico 20 – A minha principal responsabilidade na equipe de saúde será a de tratar o paciente (Q26), Marília-SP, 2013.....	59
Gráfico 21 – Para compreender o problema a equipe deve colocar-se no lugar do paciente (Q27), Marília-SP, 2013.....	60
Gráfico 22 – O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho em equipe (Q28), Marília-SP, 2013.....	60
Gráfico 23 – A equipe deve tentar se comunicar-se com interesse pelos pacientes (Q29), Marília-SP, 2013	61
Gráfico 24 – Para o tratamento odontológico é importante pensar no paciente como uma pessoa (Q30), Marília-SP, 2013.....	61
Gráfico 25 – Na odontologia é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes (Q31), Marília-SP, 2013.....	62
Gráfico 26 – A estrutura física da unidade de saúde não possibilita o trabalho em equipe interprofissional (Q32), Marília-SP, 2013.....	64
Gráfico 27 – O acesso à unidade de saúde facilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais (Q35), Marília-SP, 2013	64
Gráfico 28 – Tenho um bom relacionamento com os demais membros da minha equipe o que facilita o trabalho interprofissional (Q36), Marília-SP, 2013.....	65
Gráfico 29 – O excesso de população na área de abrangência da USF dificulta o processo de trabalho e planejamento das ações de saúde em equipe (Q37), Marília-SP, 2013	65
Gráfico 30 – A falta de recursos humanos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional (Q34), Marília-SP, 2013	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação pessoal dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013.	40
Tabela 2 – Formação profissional: área de concentração da pós-graduação, Marília-SP, 2013.....	43
Tabela 3 – Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013	44
Tabela 4 – Relacionamento interprofissional do cirurgião-dentista com os demais membros da ESF, Marília-SP, 2013	45
Tabela 5 – Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde, Marília-SP, 2013	46
Tabela 6 – Papéis e responsabilidades, Marília-SP, 2013	54
Tabela 7 – Responsabilidade sobre o doente, Marília-SP, 2013.....	58
Tabela 8 – Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, Marília-SP, 2013.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
BIRD	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
C	Concordo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Concordo Fortemente
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMAP	Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa
D	Discordo
DF	Discordo Fortemente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETGESF	Equipe Técnica Gerencial da Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília-SP
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru-SP
Fundação CASA	Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFD-M	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
MS	Ministério da Saúde
N	Neutro
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB-PC	Produto Interno Bruto Per-Capita
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Q	Questão
RIPLS	Readiness Interprofessional Learning Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UEL	Universidade Estadual de Londrina-PR
UNA – SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 MATERIAIS E MÉTODOS	31
3.1 Tipo do estudo	32
3.2 Cenário do estudo	32
3.3 Sujeitos do estudo	35
3.4 Aspectos éticos	36
3.5 Coleta e análise dos dados	36
4 RESULTADOS	39
4.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP	40
4.1.1 <i>Identificação pessoal</i>	40
4.1.2 <i>Formação profissional</i>	41
4.1.3 <i>Atividade profissional</i>	44
4.2 Escala de percepção do trabalho interprofissional	45
4.2.1 <i>Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde</i>	46
4.2.2 <i>Papéis e responsabilidades</i>	54
4.2.3 <i>Responsabilidade sobre o doente</i>	58
4.2.4 <i>Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional</i>	62
5 DISCUSSÃO	67
5.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP	68
5.1.1 <i>Identificação pessoal</i>	68
5.1.2 <i>Formação profissional</i>	68
5.1.3 <i>Atividade profissional</i>	70
5.2 Escala de percepção do trabalho interprofissional	71
5.2.1 <i>Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde</i>	72
5.2.2 <i>Papéis e responsabilidades</i>	73
5.2.3 <i>Responsabilidade sobre o doente</i>	75

<i>5.2.4 Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional.....</i>	<i>77</i>
6 CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	91
APÊNDICE B – Carta de apresentação	92
APÊNDICE C – Questionário	93
ANEXOS	101
ANEXO A – Protocolo de estudo – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília	102
ANEXO B – Protocolo – Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP)	103

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

No período de 2002 a 2005 realizei a graduação em Odontologia, na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB – USP) onde obtive adequado preparo teórico, prático e científico integrado, além de intenso treinamento clínico e prestação de assistência odontológica à população.

Durante a disciplina da graduação “Odontologia Social e Coletiva” conheci uma nova formulação política e organizacional para reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988: o Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Este novo sistema de saúde em construção norteado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade despertou meu interesse profissional pela Saúde Pública.

Este interesse pelos serviços públicos de saúde foi fortalecido pelo conhecimento da Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS.

Desta forma, de 2006 a 2008 realizei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Marília-SP (FAMEMA) onde integrei a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) Altaneira. Neste período iniciei minha aproximação teórica e prática aos métodos ativos de ensino-aprendizagem. Também fui estimulada a desenvolver atitudes crítico-reflexivas e práticas partilhadas com profissionais de outras áreas que integravam a USF e a residência.

Foi nesta fase que iniciaram minhas reflexões sobre o trabalho interprofissional, pois a inserção do cirurgião-dentista em uma equipe multiprofissional exige o rompimento da sua tradicional forma de trabalho isolado do restante da unidade e independente em sua especificidade.

Durante minha atuação como cirurgiã-dentista na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marília-SP, de 2008 a 2011, tive a oportunidade de conjecturar sobre o trabalho interprofissional e sobre a gestão compartilhada e, experienciar esta prática.

Inicialmente por atuar como cirurgiã-dentista substituta entrei em contato com várias USF do município e conseqüentemente com diversos processos de trabalho e de gestão local. Posteriormente assumi a Equipe de Saúde Bucal (ESB) da USF Campo Belo que constitui uma unidade de saúde exclusivamente rural, composta

pelas USF Santa Helena e Dirceu e, com uma dinâmica de trabalho pautada em pontos estratégicos.

Nesse período, a partir da parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a FAMEMA pude participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Este programa fomenta a formação profissional articulada com os profissionais da ESF, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço. Além disso, o programa visa facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade, institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas destes profissionais e promover a capacitação docente, estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade e incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.²

Através deste programa e sob a orientação da enfermeira e professora Dra. Sueli Moreira Pirolo desenvolvi com os discentes dos cursos de medicina e de enfermagem atividades de pesquisa e extensão direcionadas à Saúde do Homem. Estas atividades possibilitaram a formação profissional na linha da integralidade da atenção e do cuidado, e da interdisciplinaridade.^{3,4}

Tivemos também a oportunidade de discutir sobre a necessidades da saúde bucal ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais de saúde e, sobre a influência mútua entre saúde geral e bucal, compreendendo que há alterações sistêmicas que provocam manifestações bucais e vice-versa. Desta forma, refletimos sobre a necessidade de criar canais comunicativos entre os profissionais de saúde.

Em 2010 iniciei minhas atividades no Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde” da FAMEMA onde pude refletir sobre a prática profissional transformadora capaz de inferir positivamente no ambiente profissional.

Ao iniciar minhas atividades no Programa de Pós-graduação da FAMEMA passei a integrar a Equipe Técnica Gerencial da Estratégia Saúde da Família (ETGESF) desse município onde verifiquei as fragilidades do quadro de recursos humanos e o impacto sobre o processo de trabalho em saúde.

De 2011 a 2012 experienciei a educação a distância promovida pela Universidade Aberta do SUS (Una - SUS) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na realização da Especialização em Saúde da Família onde compartilhei experiências da Atenção Básica com cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos de diversos municípios.

Agora o desafio é integrar uma equipe interprofissional da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA), instituição vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania que presta assistência a jovens de 12 a 21 anos incompletos que estão inseridos nas medidas socioeducativas de privação de liberdade e semiliberdade.

Neste contexto, contribuirei com a elaboração do diagnóstico polidimensional e do plano individual de atendimento destes adolescentes, assegurando a promoção e a atenção integral à saúde por meio de ações educativas, preventivas e curativas e, desta forma cooperarei com o fortalecimento do trabalho interprofissional.

Desta forma, a partir das reflexões decorrentes de minha trajetória profissional, pretendo por meio deste trabalho investigar o perfil e a prática interprofissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP.

1 INTRODUÇÃO

1 Introdução

O fortalecimento da Atenção Básica no Brasil tem sido um processo gradativo, traduzido no aumento de cobertura das Equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação. No entanto, a questão não é apenas quantidade de cobertura, mas a qualidade organizacional da assistência e do cuidado. E há evidências que em países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da Atenção Básica alcançam melhor resultados em saúde com menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade.⁵

A Política Nacional de Atenção Básica tem na ESF sua estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. A estratégia favorece a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade e propiciar uma importante relação custo-efetividade.⁶

A ESF compromete-se em prestar atenção pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, por meio de prática humanizada, e desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde.⁷

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que a prova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁵, constituem itens necessários à ESF:

I – existência de equipe multiprofissional constituída minimamente por 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 e saúde. Os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, também poderão compor esta equipe multiprofissional.

II – os agentes comunitários de saúde (ACS) devem apresentar-se em quantidade suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

III – recomenda-se que cada Equipe de Saúde da Família seja responsável pela média de 3.000 pessoas, sendo o máximo de 4.000 pessoas. Este número de pessoas por equipe deverá ser considerado de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias do território, onde quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

IV – cada profissional de saúde deverá ser cadastrado em apenas uma Equipe de Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em no máximo duas Equipe de Saúde da Família e com carga horária total de 40 horas semanais;

V – todos os profissionais de saúde membros da Equipe de Saúde da Família, exceto os profissionais médicos, deverão apresentar carga horária de 40 horas semanais, sendo necessário a dedicação mínima de 32 horas à Equipe de Saúde da Família. De acordo com decisão e prévia autorização do gestor, os profissionais poderão dedicar até 08 horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município, para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como para atividades de educação permanente e apoio matricial.

A criação de incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal na ESF ocorreu seis anos após o início da estratégia, sendo regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1.444 em 28 de dezembro de 2000. O Ministério da Saúde (MS) considerou a necessidade de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal da população e incentivar a reorganização da saúde bucal na Atenção Básica.⁸

Em março de 2001 foi editada a Portaria nº 267 que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF e explicita o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).⁹

De 2001 a 2003, uma ESB estava vinculada a duas ESF, proporcionando aos profissionais um volume elevado de demanda de procedimentos clínicos curativos comprometendo a realização das ações de promoção e prevenção. No entanto, a partir de 2003, o MS passou a financiar também ESB vinculadas apenas a uma ESF, aumentando o número dessas equipes no país e na cobertura populacional.¹⁰

Para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, o MS em janeiro de 2004 elaborou o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Elas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada na assistência dos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.¹¹

A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações individuais e coletivas que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. As principais linhas de ação dessa política são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal principalmente por meio da ESF, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e a organização de um sistema nacional de vigilância sanitária dos teores de flúor nas estações de tratamento de águas e abastecimento público.^{12,13}

Em 2006, é lançada pelo MS a publicação Cadernos de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal que apresentam a organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo favorecendo a inclusão de outras faixas etárias que estavam desassistidas. Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar de 06 a 14 anos e, isto trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico, muitas vezes associado às doenças crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, AIDS e outras que podem apresentar manifestações sistêmicas.¹⁴

Portanto, inserir a ESB na ESF não significa apenas incluir os profissionais de saúde bucal à equipe multiprofissional, mas favorecer a articulação refinada e a mútua colaboração entre todos os membros da equipe de trabalho e o desenvolvimento de ações partilhadas, tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde.

O cotidiano do trabalho na ESF evidencia muito desafios e dentre eles destacamos o desenvolvimento do trabalho interprofissional. De acordo com o dicionário de português online Michaelis¹⁵ o termo interprofissional significa “que se realiza entre duas ou mais profissões”.

Assim, o trabalho interprofissional em saúde, segundo o enfoque adotado nesta dissertação, corresponde ao processo de interação/articulação entre os profissionais de saúde para a produção de ações de saúde na perspectiva da integralidade.¹⁶

Frente à complexidade do processo saúde-doença, a atuação interprofissional no trabalho em saúde constitui um elemento importante para o desenvolvimento do trabalho em saúde.¹⁶

Segundo Pirolo¹⁶ o trabalho em saúde é cooperativo, pois embora cada profissional da saúde realize uma parcela do cuidado há uma interdependência nessa prática e suas ações devem ser articuladas em busca da mesma finalidade: cuidar do ser humano.

Desta forma destacamos os conceitos de núcleo e de campo elaborados por Campos¹⁷ a partir da reflexão da saúde coletiva no quadro geral do pensamento na área de saúde:

- Núcleo – conceito que se refere aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional concebido por meio das orientações dos conselhos profissionais que conformam uma área profissional;
- Campo – refere-se a responsabilidade e saberes comuns ou convergentes a várias profissões e pode ser definido a partir do contexto em que operam certas categorias profissionais.

Para o autor “tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.”¹⁷

O entendimento desses conceitos, de acordo com Pirolo¹⁶, “permite refletir sobre os processo de colaboração profissional nos serviços de saúde, uma vez que tal norteamento, embora não comprometa as identidades profissionais, demarca a existência de zonas de interface que propiciam a articulação profissional”.

A ESF apresenta o objetivo do trabalho interprofissional nas práticas de suas equipes e espera-se que os profissionais que as integram sejam resolutivos diante aos problemas de saúde da comunidade, organizem suas atividades em torno de

planejamentos de ações de saúde, promoção e vigilância, abordem integralmente a família e saiba trabalhar em equipe. A integração entre os membros da equipe multiprofissional é necessária e muito importante para dispensar assistência integral ao paciente e família, e fundamental para a atuação eficaz e de qualidade, pois nenhuma profissão pode satisfazer todas as necessidades referentes ao processo saúde-doença.^{18,19}

Desta forma há o desafio de formar um profissional preparado e sensibilizado para atender as necessidades de saúde da população e que incorpore a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais para a saúde no seu agir. A formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS é 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 e amplie o processo de intervenção sobre um problema que antes estava exclusivamente sobre a responsabilidade do cirurgião-dentista é essencial que os profissionais entendam que múltiplas dimensões, inerentes ao viver, influenciam o processo saúde-doença.²⁰⁻²²

Moretti-Pires⁷ verificou que há um descompasso da formação profissional para atuação na ESF, observou que a universidade apresenta-se como espaço tradicionalista e descontextualizado das políticas públicas de saúde e destacou que a formação profissional atual dos acadêmicos enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas mostra-se demasiado reducionista para a complexidade das ações da ESF. Desta forma, há necessidade de profissionais que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita.

Grande parte dos profissionais dos serviços de saúde apresenta formação tradicional de saber fragmentado gerando uma assistência curativa, sem a participação do indivíduo no cuidado de sua própria saúde, e sem uma ação interdisciplinar. E no contexto do ensino odontológico, uma parcela significativa de instituições públicas e privadas mantém seu currículo pautado no modelo flexneriano, caracterizado pelo mecanicismo, individualismo, especialização, tecnicismo do ato operatório e ênfase na Odontologia curativa, o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades de acesso.^{18,23}

O ensino na Odontologia está desvinculado das reais necessidades do país e direciona precocemente os profissionais para especialidades. Desse modo, o trabalho do cirurgião-dentista, marcadamente centrado numa prática curativa com ênfase em atividades restauradoras, demonstra o descompasso com políticas públicas reorientadas como a ESF.²⁴

Teixeira²⁵ afirma que a Odontologia permanece isolada em suas ações e pouco familiarizada com o trabalho em equipe, onde o cirurgião-dentista raramente tem desenvolvido práticas partilhadas com profissionais de outras áreas. A autora destaca que são perceptíveis indícios dessa prática isolada na estrutura dos serviços de saúde que reforça a divisão de especialidades estanques que pouco interagem e, nas instituições de ensino e formação do cirurgião-dentista que privilegia o tecnicismo e biologicismo em detrimento a qualquer integração das disciplinas.

Isto se contrapõe ao conceito de formação interprofissional em saúde que segundo Batista²⁶ é um estilo de educação que se compromete com uma formação para o interprofissionalismo e se caracteriza pelo trabalho em equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão. O autor também destaca que a educação interprofissional possibilita o desenvolvimento de três competências, sendo as competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, evidenciando o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação num movimento de redes colaborativas.

O MS com o objetivo de orientar a formação dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS por meio da aproximação das instituições formadoras dos serviços de saúde apoia projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e PET-Saúde que tem-se revelado como potenciais espaços de educação interprofissional, e implementa a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família como fortalecimento de políticas públicas.²⁶⁻²⁸

Desta forma, considerando fundamental o desenvolvimento de estudos que busquem ferramentas de intervenção no processo de trabalho da ESB na ESF, este

trabalho apresenta como objeto de estudo a prática profissional do cirurgião-dentista na ESF e a hipótese de que a sua formação interfere positivamente nesta prática.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil e a prática interprofissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP.
- Descrever e comparar a percepção sobre o trabalho interprofissional dos cirurgiões-dentistas com e sem pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e com abordagem quantitativa.

3.2 Cenário do estudo

O campo para o desenvolvimento da coleta de dados desta pesquisa foram as unidades de saúde contempladas pela ESF do município de Marília-SP, que está localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, a 450 km da capital e é constituído por 07 distritos: Marília, Amadeu Amaral, Avencas, Dirceu, Lácio, Padre Nóbrega e Rosália.

Segundo o censo demográfico de 2010²⁹ o município apresenta uma população de 216.745 e densidade demográfica de 185,21hab./km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)³⁰ é de 0,821 e, segundo o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFD-M)³¹, Marília é o 7º melhor município do Brasil para morar.

Atualmente, o município apresenta 45 ESF credenciadas pelo MS e 34 implantadas que proporciona a cobertura populacional estimada de 53,40%.³²

O Quadro 1 identifica as Unidades de Saúde da Família (USF) implantadas pelo nome e número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).³³

Quadro 1 – USF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013.

USF	CNES
Aeroporto	035189
Altaneira	2061538
Aniz Badra	2043742
Argolo Ferrão	7172842
Avencas/Amadeu Amaral	2059223
Campo Belo	6467695
CDHU	2048787
Figueirinha	2716887
Jânio Quadros	2716895
Jardim América IV	5995299
Jardim Cavalari	2035782
Jardim Flamingo	6703305
Jardim Marília	3421910
Jardim Renata	6530516
Jardim Teruel	6977618
Jóquei Clube	2048779
Julieta	2716909
Lácio	2053349
Marajó	2716917
Novo Horizonte	3045439
Padre Nóbrega	2053802
Palmital	2716925
Parque das Nações	2059215
Parque dos Ipês	2716933
Rosália	2035774
Santa Antonieta II	2716941
Santa Augusta	2716968
Santa Paula	2716976
Tóffoli	2716984
Três Lagos	3510700
Vila Barros	2716992
Vila Hípica	2717018
Vila Nova	2717026
Vila Real	2048795

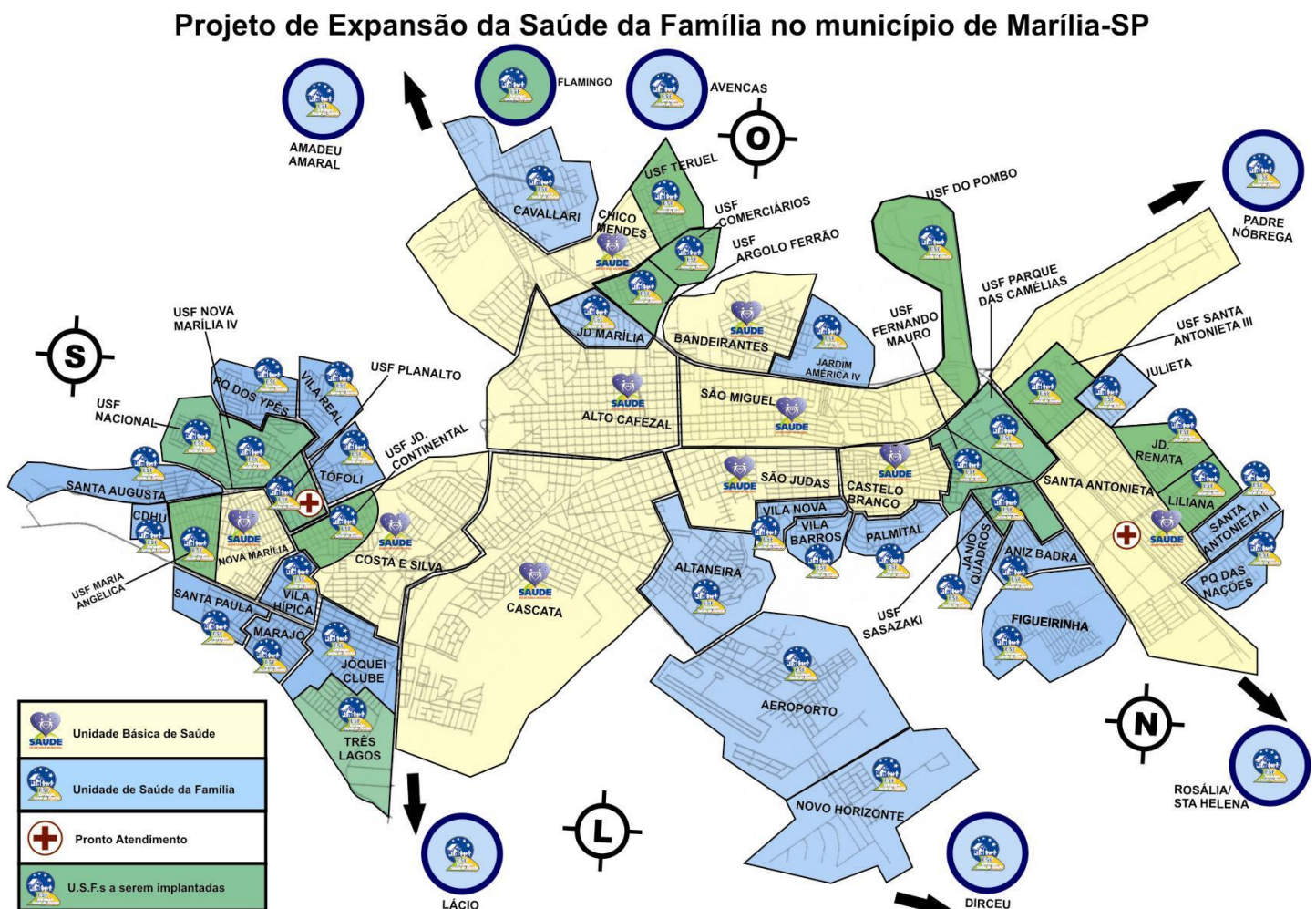
Fonte: Brasil.³³

A figura 1³⁴ mostra a localização das USF onde destacamos que as unidades de saúde Santa Helena e Dirceu compõem a USF Campo Belo e, as unidades Jóquei Clube, Marajó e Santa Paula integram a Clínica Família Saudável. As USF

Três Lagos, Jardim Flamingo, Jardim Renata, Jardim Teruel e Argolo Ferrão já foram implantadas mediante Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) no município.

O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada mediante um acordo de empréstimo realizado, em dezembro de 2003, com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Este acordo destina recursos financeiros fundo a fundo para a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios com população superior a 100 mil habitantes de todos os Estados e o Distrito Federal.³⁵

Figura 1- Projeto de Expansão da Saúde da Família do município de Marília-SP.



O município de Marília-SP adotou em 1998 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica, e neste contexto já estava inserido o profissional cirurgião-dentista³⁴.

De acordo com a Portaria nº 3.012/GM/MS³⁶, de 26 de dezembro de 2012, os profissionais de saúde bucal que compõem as ESF podem se organizar nas seguintes modalidades:

- Modalidade I: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB);
- Modalidade II: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, TSB e ASB ou outro TSB.

No município de Marília-SP a cada unidade de saúde encontra-se vinculada uma Equipe de Saúde Bucal modalidade I, constituída por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e um ASB.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram os cirurgiões-dentistas que atuam na ESF do município de Marília-SP que em março de 2012 totalizavam 38. Destes profissionais, 34 aceitaram participar deste estudo, onde 28 estão fixos nas USF e 06 realizam o trabalho de substituição de férias, licenças médicas, compensação de horas e apoio as ESB.

Os cirurgiões-dentistas foram contratados em regime de trabalho Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por processo seletivo e apresentam jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Isso foi viabilizado a partir do convênio nº 802/10 entre a Prefeitura Municipal de Marília-SP e a Associação Feminina de Marília-SP/Maternidade e Gota de Leite de Marília-SP que estabelece, em regime de cooperação mútua entre os partícipes, um programa de parceria na assistência à saúde no âmbito do SUS na execução da ESF.³⁷

3.4 Aspectos éticos

De acordo com Resolução CNS/MS 196/96³⁸, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, este trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) FAMEMA onde recebeu o protocolo de estudo nº1430/11 (ANEXO A). Posteriormente foi encaminhado para apreciação no Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do município de Marília-SP (COMAP) protocolado sob o nº 566/11 - SS (ANEXO B).

A cada participante da pesquisa foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e foi assegurado a liberdade de participação, de recusa e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos ou constrangimentos (APÊNDICE A).

Juntamente com o TCLE e o instrumento de coleta de dados, os cirurgiões-dentistas receberam a carta de apresentação na qual foi realizado o convite para participar da pesquisa, esclarecido o propósito do estudo e a indicação da data desejada do retorno do questionário no prazo máximo de 15 dias a contar da data do recebimento (APÊNDICE B).

3.5 Coleta e análise dos dados

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário estruturado contendo três partes destinadas à identificação pessoal, à formação profissional e à atividade profissional (APÊNDICE C).

Na parte destinada à identificação pessoal foram solicitadas informações sobre nacionalidade, gênero, cor, estado civil, nascimento (cidade, estado e data do nascimento e, idade em anos) e se o profissional mora na área de abrangência em que atua como cirurgião-dentista.

Em relação à formação profissional foram abordados aspectos sobre a graduação e pós-graduação. No Brasil, segundo Morita et al.³⁹, há dois tipos de pós-graduação, a *lato sensu* que engloba cursos de aperfeiçoamento, especialização e residência, e a *stricto sensu* que abrange os cursos de mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado.

Neste estudo o termo pós-graduação foi utilizado genericamente para identificar a formação que os cirurgiões-dentistas realizaram após a graduação e congrega cursos concluídos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*.

Os cursos de pós-graduação em Saúde Pública, Odontologia Social e Coletiva, Saúde Coletiva e Saúde da Família também foram agrupados em torno da nomenclatura única pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

A parte referente à atividade profissional abordou aspectos sobre a atuação na ESF e em serviços públicos de saúde, sobre a realização de Capacitação Introdutória para atuar na ESF e sobre o relacionamento interprofissional.

Nessa parte também foi utilizado a adaptação da *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)⁴⁰ com questões (Q) estruturadas abordando os aspectos do trabalho interprofissional em quatro dimensões:

- I) Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde – Q1 a Q15;
- II) Papéis e responsabilidades – Q18 a Q24¹;
- III) Responsabilidade sobre o doente – Q25 a Q31 e
- IV) Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional – Q32 a Q37.

As assertivas foram graduadas por meio da escala de Likert, sendo apresentadas as seguintes alternativas:

- 1 (CF) – Concordo Fortemente;
- 2 (C) – Concordo;
- 3 (N) – Neutro;
- 4 (D) – Discordo;
- 5 (DF) – Discordo Fortemente.

Após a coleta os dados foram digitados em arquivos do Microsoft Office Excel (2010) e Word (2010) e processados no programa IBM[®] SPSS[®] Statistics versão 21

¹ Durante a numeração das questões, infelizmente devido a um equívoco, não utilizamos os números 16 e 17.

(2012). Os dados referentes à identificação pessoal, formação profissional e atividade profissional foram analisados por meio da estatística descritiva.

Em relação a escala de percepção do trabalho interprofissional foi inicialmente realizado o teste qui-quadrado para verificar a homogeneidade da amostra. Posteriormente foi executado o teste não paramétrico Anova, não sendo constatado nenhuma diferença significativa.

Desta forma realizamos a análise de variância não paramétrica Kruskal-Wallis, com pós-teste de comparações múltiplas S-N-K com nível de significância de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP

4.1.1 Identificação pessoal

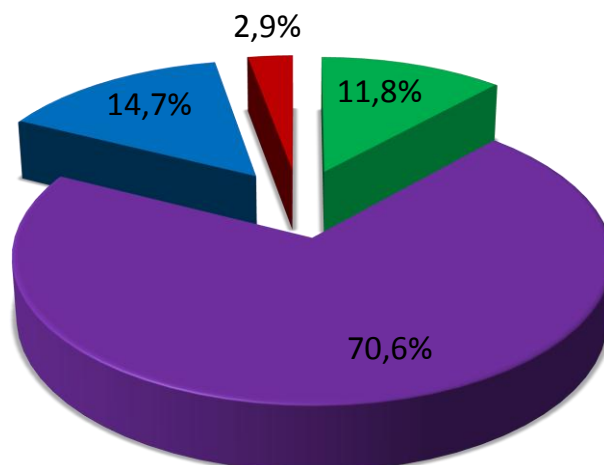
A Tabela 1 apresenta os resultados da primeira etapa do questionário destinada à identificação pessoal.

Tabela 1 – Identificação pessoal dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013.

NACIONALIDADE					
Brasileira			Outra		
100%			-		
GÊNERO					
Masculino			Feminino		
17,6%			82,4%		
COR					
Branca	Negra	Morena	Parda	Amarela	Outros
85,3%	-	2,9%	-	11,8%	-
ESTADO CIVIL					
Casado	Solteiro	Divorciado	Amasiado	Outros	
79,4%	5,9%	11,8%	2,9%	-	
NASCIMENTO: CIDADES DO ESTADO					
Bahia (BA)		Paraná (PR)		São Paulo (SP)	
2,9%		11,8%		85,3%	
MORA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA USF ONDE TRABALHA					
Sim			Não		
5,9%			94,1%		

Sobre a faixa etária a idade média foi de $36,5294 \pm 1,1212$ anos, moda de 35 anos, mediana de 36 anos, sendo o percentil 25 e percentil 75 igual respectivamente a 33 e a 39,500 anos onde o profissional mais jovem em atividade possuía 25 anos e o mais idoso 51 anos. A distribuição por faixa etária pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP por faixa etária, Marília-SP, 2013.

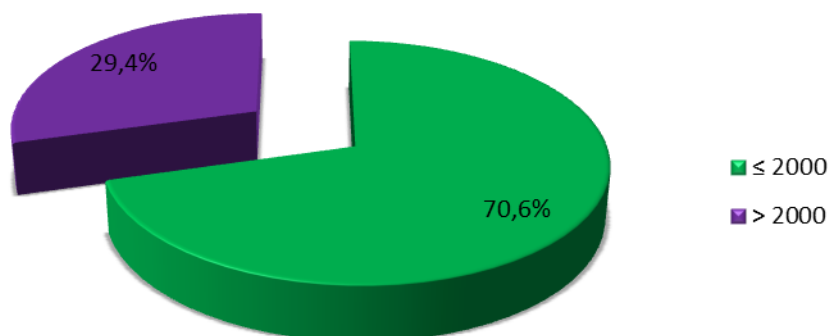


4.1.2 Formação profissional

Em relação a formação profissional 04 (11,8%) cirurgiões-dentistas realizaram sua graduação em instituições de ensino públicas, sendo 02 na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB – USP), 01 na Universidade Estadual Paulista (UNESP) campus de Araçatuba e 01 na Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL) e, 30 (88,2%) em instituições privadas, sendo 26 (76,5%) na Universidade de Marília-SP (UNIMAR).

O ano de conclusão da graduação variou entre 1982 a 2008. Visto que a inserção de profissionais de saúde bucal na ESF foi regulamentada em dezembro de 2000 pelo MS⁸ destacamos no Gráfico 2 os profissionais que concluíram sua graduação em Odontologia antes ou no ano de 2000 (≤ 2000) e após (> 2000) este ano.

Gráfico 2 – Graduação dos cirurgiões-dentistas da ESF do município de Marília-SP tendo como referência o ano de 2000, Marília-SP, 2013.



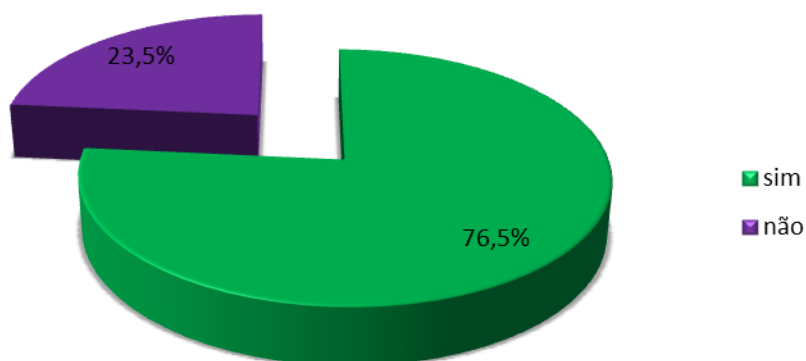
No campo que abordava a pós-graduação solicitamos que os profissionais descrevessem a área e ano de conclusão de cursos de especialização, residência, mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado, onde apenas 02 (5,9%) cirurgiões-dentistas não possuem nenhum destes cursos de pós-graduação. No entanto 32 (94,1%) profissionais deste estudo apresentam pós-graduação em diversas áreas (Tabela 2).

Tabela 2 – Formação profissional: área de concentração da pós-graduação, Marília-SP, 2013.

PÓS-GRADUAÇÃO	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	TOTAL DE PROFISSIONAIS (N)
Especialização	Administração dos Serviços de Saúde	01
	Administração Hospitalar	03
	Endodontia	04
	Odontologia do Trabalho	01
	Odontologia em Saúde Coletiva	01
	Odontopediatria	03
	Ortodontia	01
	Periodontia	02
	Saúde da Família	17
	Saúde Pública	05
	Saúde Pública com abrangência em PSF	04
Genética	01	
Residência	Multiprofissional em Saúde da Família	03
Mestrado Profissional	-	-
Mestrado Acadêmico	Cirurgia Experimental	01
	Endodontia	01
	Odontologia Social e Preventiva	01
	Odontopediatria	01
Doutorado	Periodontia	01
	-	-

Entre estes cirurgiões-dentistas, três possuem Residência Multiprofissional em Saúde da Família e cinco possuem pós-graduação *stricto sensu* nas áreas de concentração de Cirurgia Experimental, Endodontia, Odontologia Social e Preventiva, Odontopediatria e Periodontia. Em relação a cursos na área de Saúde Coletiva e da Família 26 (76,5%) profissionais apresentavam, 04 (11,8%) estavam realizando e 04 (11,8%) não tinham (Gráfico 3)

Gráfico 3 – Pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família, Marília-SP, 2013.



4.1.3 Atividade profissional

Na terceira parte do questionário referente à atividade profissional identificamos que o tempo de atuação na ESF variou entre 01 ano e 10 meses a 13 anos e 04 meses, onde 02 profissionais não souberam especificar este tempo, conforme observamos na Tabela 3:

Tabela 3 – Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF do município de Marília-SP, Marília-SP, 2013.

TEMPO DE TRABALHO				
01 a 03 anos	04 a 07 anos	08 a 11 anos	12 a 15 anos	Sem resposta
26,5%	32,4%	23,5%	11,8%	5,9%

Antes de trabalhar na ESF do município de Marília-SP 50% dos profissionais já haviam trabalhado em serviços públicos de saúde. O motivo que os levaram a trabalhar na ESF, podendo cada sujeito ter contribuído com mais de uma alternativa, foi: por afinidade à área 67,4%, por ter salário fixo 20,9%, por falta de opção 4,7% e por ser bem remunerado 7%.

A Capacitação Introdutória para atuar na ESF foi realizada por 22 (64,7%) profissionais, 100% sente-se preparado para atuar nesta estratégia e, referente a

satisfação com a sua atuação na ESF 29 (85,3%) responderam sim e 05 (14,7%) responderam não a esta pergunta.

O relacionamento com os demais membros da ESF foi classificado em ordem decrescente de 1 a 8, sendo 1 o melhor relacionamento interprofissional. Esta proposta foi seguida por 18 (52,9%) dos cirurgiões-dentistas. Apesar de 16 (47,1%) profissionais respeitarem a ordem decrescente de classificação eles não utilizaram todos os números e repetiram outros. O número 0 (zero) foi utilizado para identificar que o profissional não integra a equipe de saúde.

A Tabela 4 apresenta esta classificação em relação aos seguintes profissionais: agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de serviços gerais (ASG), enfermeiro, médico, auxiliares em saúde bucal (ASB), auxiliares de enfermagem (AE), equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e motorista.

Tabela 4 – Relacionamento interprofissional do cirurgião-dentista com os demais membros da ESF, Marília-SP, 2013.

PROFISSIONAL	CLASSIFICAÇÃO (%)								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
ACS	-	20,6	26,5	8,8	20,6	2,9	14,7	5,9	-
ASG	-	11,8	20,6	14,7	5,9	14,7	17,6	8,8	5,9
Enfermeiro	-	47,1	11,8	20,6	2,9	-	2,9	2,9	11,8
Médico	-	32,4	14,7	17,6	5,9	14,7	5,9	-	8,8
ASB	-	70,6	14,7	5,9	-	-	2,9	2,9	2,9
AE	-	17,6	14,7	17,6	14,7	20,6	5,9	5,9	2,9
NASF	-	-	20,6	8,8	14,7	8,8	8,8	23,5	14,7
Motorista	26,5	8,8	14,7	2,9	5,9	-	2,9	11,8	26,5

Os cirurgiões-dentistas apresentaram o melhor relacionamento interprofissional com ASB e enfermeiro e o pior relacionamento com motorista e equipe do NASF.

4.2 Escala de percepção do trabalho interprofissional

Os resultados da escala de percepção do trabalho interprofissional estão nas Tabelas 5, 6, 7 e 8. Elas apresentam as respostas dos cirurgiões-dentistas **com** e **sem** pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família, identificadas nas linhas

respectivamente pelas **células superiores e verdes** e, pelas **células inferiores e roxas**. Posteriormente destacamos alguns aspectos que nos chamam a atenção nestes resultados.

4.2.1 Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde

A tabela 5 apresenta os resultados referente ao “Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde” (Q1 a Q15).

Tabela 5 – Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde, Marília-SP, 2013. (continua)

TRABALHO EM EQUIPE E EFETIVA COLABORAÇÃO COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS (%)				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q1 – O trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-me a tornar-me um membro efetivo da equipe de saúde.	76,9	23,1	-	-	-
	87,5	12,5	-	-	-
Q2 – Para o trabalho em equipe os profissionais precisam da confiança e do respeito uns dos outros.	92,3	7,7	-	-	-
	87,5	12,5	-	-	-
Q3 - Em um trabalho de equipe as competências são essenciais para que todos os profissionais possam contribuir com os cuidados de saúde.	61,5	26,9	11,5	-	-
	50	50	-	-	-
Q4 – O trabalho em equipe ajuda-me a entender as minhas próprias limitações.	38,5	42,3	11,5	3,8	3,8
	12,5	75	-	12,5-	-
Q5 – Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os profissionais trabalham em conjunto para resolver os problemas.	80,8	19,2	-	-	-
	100	-	-	-	-
Q6 – O trabalho em equipe interprofissional aumenta a minha vontade e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos.	69,2	26,9	3,8	-	-
	37,5	37,5	12,5	12,5	-

Legenda – Cirurgiões-dentistas com (■) e sem (■) pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

Tabela 5 – Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde, Marília-SP, 2013. (conclusão)

TRABALHO EM EQUIPE E EFETIVA COLABORAÇÃO COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS (%)				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q7 – O trabalho em equipe interprofissional melhora os relacionamentos durante a vida profissional.	53,8	38,5	7,7	-	-
	37,5	50	12,5	-	-
Q8 – Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	26,9	38,5	30,8	3,8	-
	50	12,5	25	12,5	-
Q9 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com profissionais.	38,5	53,8	7,7	-	-
	25	50	25	-	-
Q10 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com outros profissionais.	38,5	53,8	7,7	-	-
	25	50	25	-	-
Q11 – É bom ter a oportunidade de trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde.	61,5	38,5	-	-	-
	87,5	12,5	-	-	-
Q12 – O trabalho em equipe interprofissional contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes.	76,9	23,1	-	-	-
	75	25	-	-	-
Q13 – A minha formação profissional durante a pós-graduação ajudou-me a tornar-me melhor para o trabalho em equipe.	61,5	15,4	11,5	7,7	3,8
	37,5	12,5	25	12,5	12,5
Q14 – Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde.	-	-	-	3,8	96,2
	-	-	-	-	100
Q15 – Não é benéfico para o cirurgião-dentista trabalhar junto com outros profissionais da área da saúde.	-	-	-	7,7	92,3
	-	-	-	-	100

Legenda – Cirurgiões-dentistas com (■) e sem (■) pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

Observamos que os cirurgiões-dentistas concordaram fortemente e concordaram que o trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-os a

tornarem-se membros efetivos da equipe de saúde (Gráfico 4 – Q1) e, que para o trabalho em equipe os profissionais precisam da confiança e do respeito uns dos outros (Gráfico 5 – Q2).

Gráfico 4 – O trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-me a tornar-me um membro efetivo da equipe de saúde (Q1), Marília-SP, 2013.

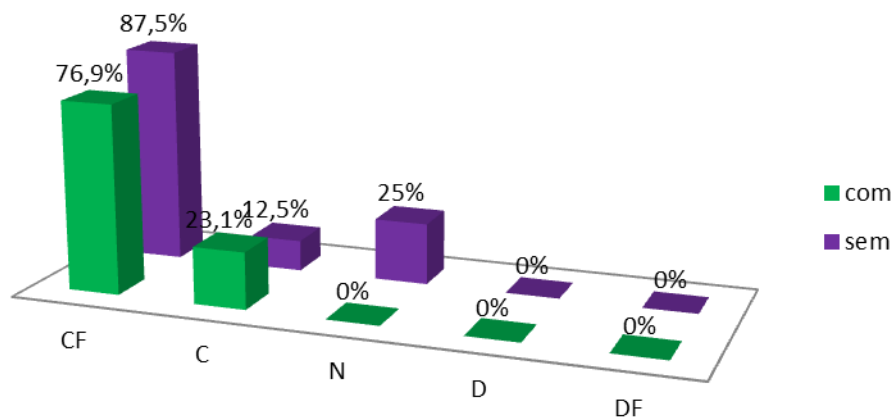
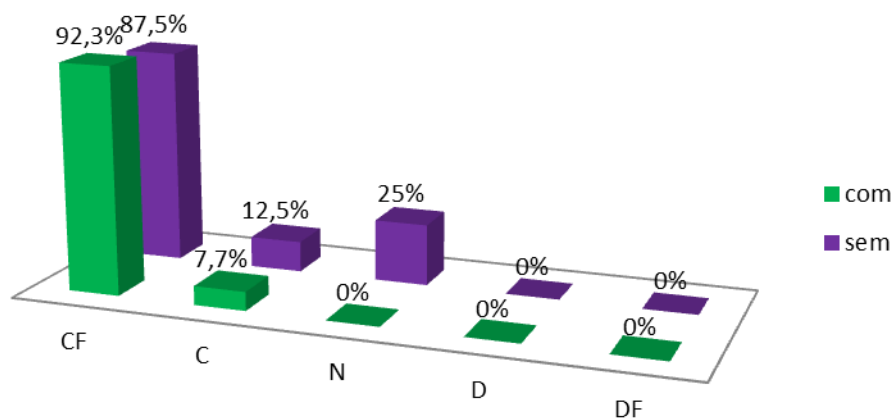


Gráfico 5 – Para o trabalho em equipe os profissionais precisam da confiança e do respeito uns dos outros (Q2), Marília-SP, 2013.



A maioria dos profissionais concordaram fortemente e concordaram que os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os profissionais

trabalham em conjunto para resolver os problemas (Gráfico 6 – Q5) e também que o trabalho em equipe interprofissional aumenta a disposição e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos (Gráfico 7 – Q6).

Gráfico 6 – Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os profissionais trabalham em conjunto para resolver os problemas (Q5), Marília-SP, 2013.

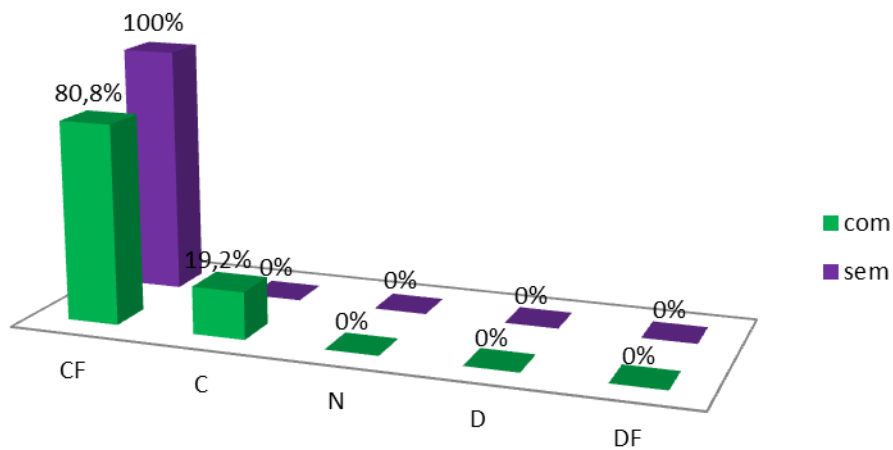
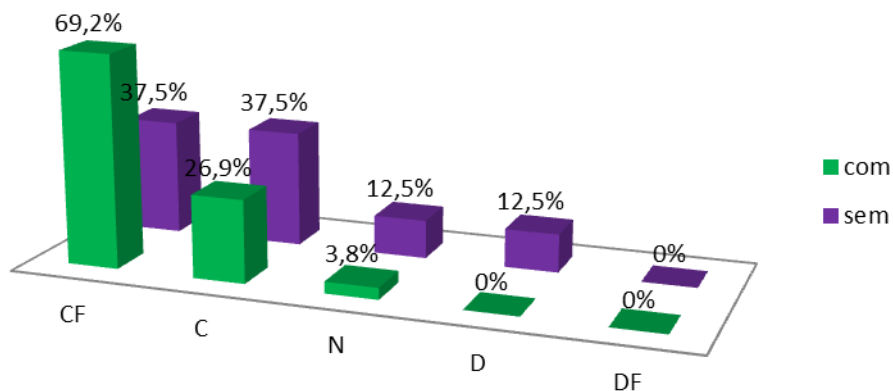


Gráfico 7 – O trabalho em equipe interprofissional aumenta a minha vontade e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos (Q6), Marília-SP, 2013.



Isto também foi observado na assertiva que é bom ter a oportunidade de trabalhar em equipe com outros profissionais da saúde (Gráfico 8 – Q11) e, que o trabalho em equipe interprofissional contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes (Gráfico 9 – Q12).

Gráfico 8 – É bom ter a oportunidade de trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde (Q11), Marília-SP, 2013.

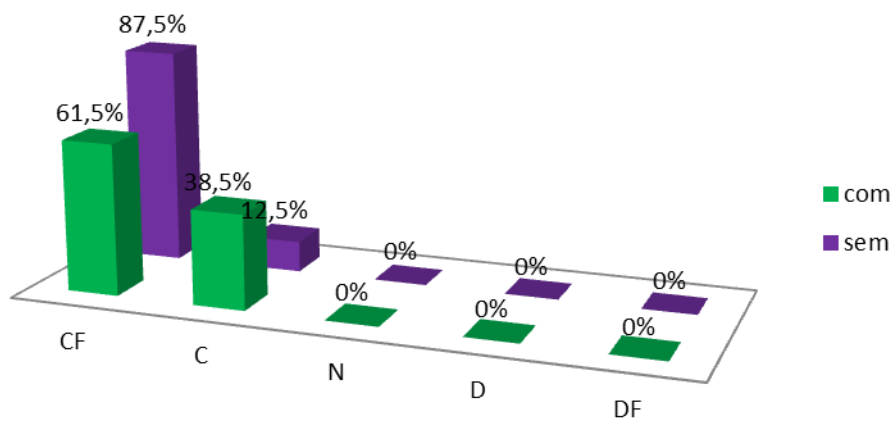
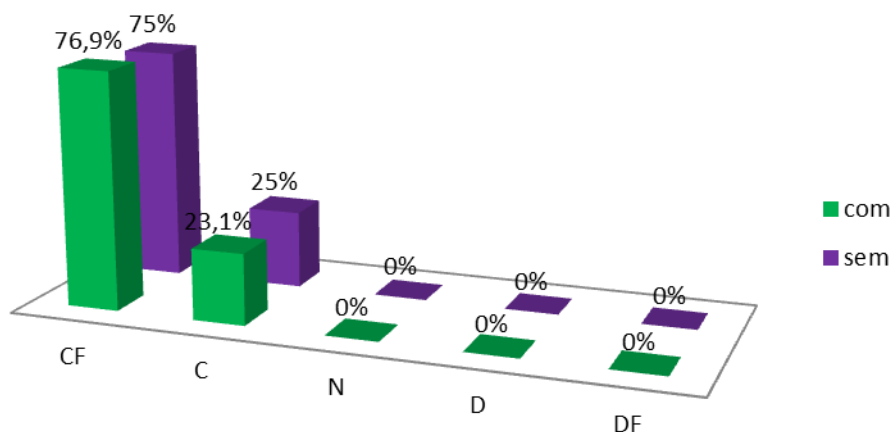


Gráfico 9 – O trabalho em equipe interprofissional contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes (Q12), Marília-SP, 2013.



Desta forma, a maioria dos cirurgiões-dentistas discordaram fortemente que não querem desperdiçar seu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde (Gráfico 10 – Q14) e, que não é benéfico para o cirurgião-dentista trabalhar junto com outros profissionais da área da saúde (Gráfico 11 – Q15).

Gráfico 10 – Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde (Q14), Marília-SP, 2013.

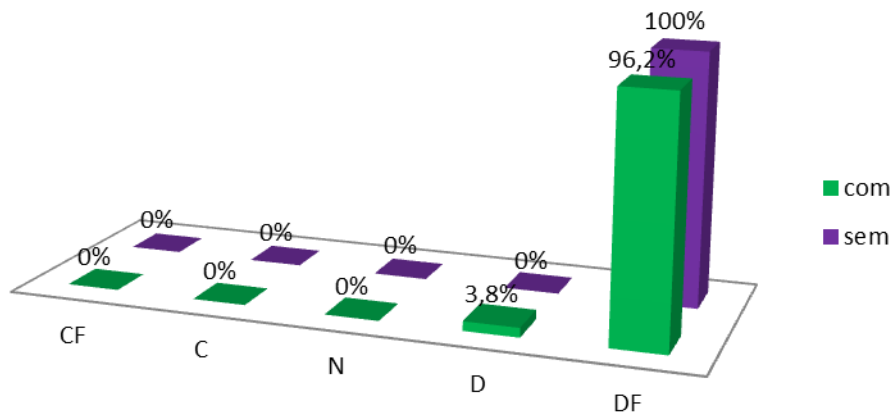
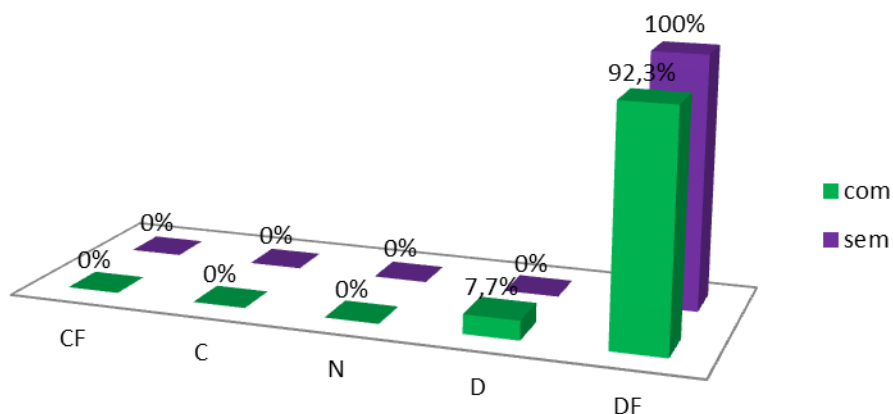
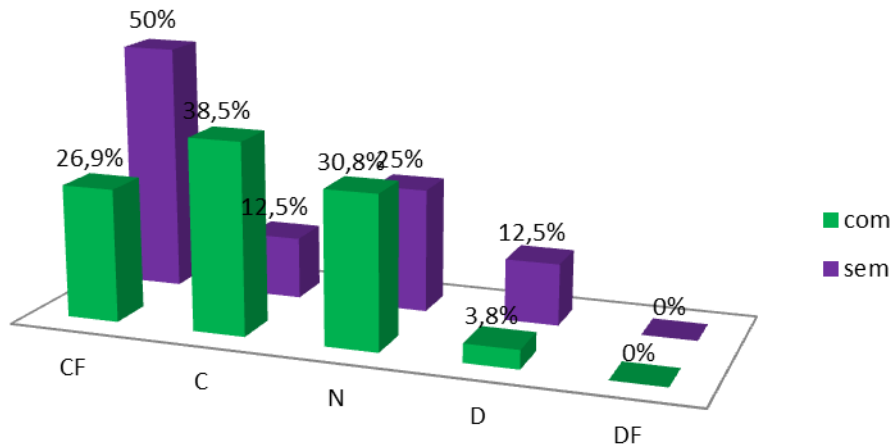


Gráfico 11 – Não é benéfico para o cirurgião-dentista trabalhar junto com outros profissionais da área da saúde (Q15), Marília-SP, 2013.



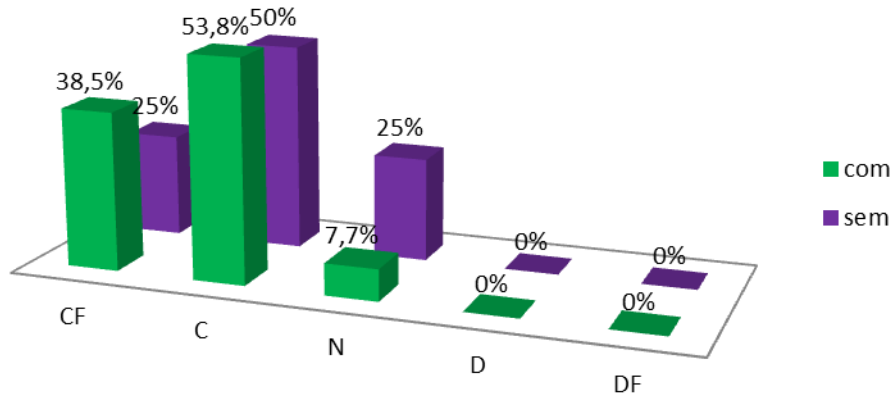
Mantiveram-se neutros 30,8% de cirurgiões-dentistas com e 25% sem pós-graduação sobre a possibilidade da comunicação e habilidades serem aprendidas juntos com outros profissionais da área da saúde (Gráfico 12 – Q8).

Gráfico 12 – Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde (Q8), Marília-SP, 2013.



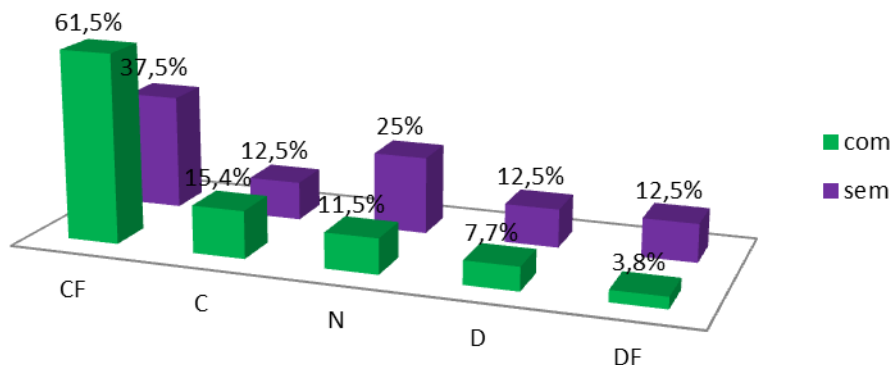
Apesar da maioria dos profissionais concordarem fortemente e concordarem que o trabalho em equipe favorece a comunicação com os pacientes e outros profissionais (Gráfico 13 – Q9 E Q10), alguns cirurgiões-dentistas mantiveram-se neutros em relação a esta assertiva, sendo 7,7% com pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família e 25% sem esta pós-graduação.

Gráfico 13 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com profissionais (Q9 e Q10), Marília-SP, 2013.



A assertiva sobre a formação profissional durante a pós-graduação ajudar a aprimorar o desenvolvimento do trabalho em equipe (Gráfico 14 – Q13) foi positiva para os cirurgiões-dentistas que apresentam pós-graduação, pois 61,5% concordou fortemente e 15,4% concordou. Em relação aos profissionais sem pós-graduação 25% mantiveram-se neutros e 12,5% discordaram e 12,5 discordaram fortemente com esta assertiva.

Gráfico 14 – A minha formação profissional durante a pós-graduação ajudou-me a tornar-me melhor para o trabalho em equipe (Q13), Marília-SP, 2013.



4.2.2 Papéis e responsabilidades

A tabela 6 apresenta os resultados referente a “Papéis e responsabilidades” (Q18 a Q24).

Tabela 6 – Papéis e responsabilidades, Marília-SP, 2013.

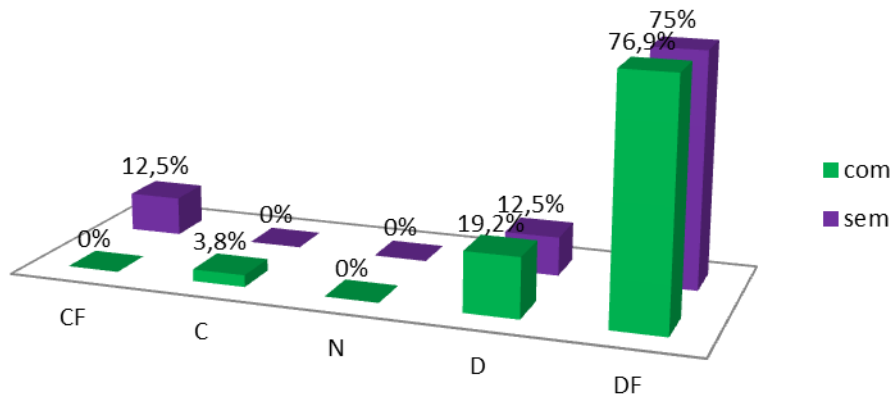
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS (%)				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q18 – A função de profissionais de saúde não médicos refere-se essencialmente a proporcionar apoio para os médicos.	-	3,8	-	19,2	76,9
	12,5	-	-	12,5	75
Q19 – Há pouca sobreposição entre as minhas funções e a de outros profissionais da área da saúde.	-	7,7	7,7	61,5	23,1
	-	12,5	37,5	37,5	12,5
Q20 – Sentir-me-ia desconfortável caso um outro profissional da área da saúde soubesse mais do que eu sobre um determinado tema.	-	-	-	23,1	76,9
	-	-	-	50	50
Q21 – Eu devo adquirir muito mais competências e conhecimentos do que outros profissionais da área da saúde.	-	-	-	53,8	46,2
	-	12,5	-	75	12,5
Q22 – Não tenho certeza de qual é o meu papel profissional na equipe de Saúde da Família.	-	-	3,8	11,5	84,6
	-	12,5	-	-	87,5
Q23 – Na minha profissão sou capaz de utilizar o meu discernimento no desenvolvimento das minhas atividades (liberdade profissional).	30,8	57,7	11,5	-	-
	50	50	-	-	-
Q24 – No trabalho em equipe é indispensável a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal.	88,5	11,5	-	-	-
	50	50	-	-	-

Legenda – Cirurgiões-dentistas com (■) e sem (■) pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

No que se refere a avaliação dos “Papéis e responsabilidades” observamos que a maioria dos cirurgiões-dentistas discordaram e discordaram fortemente que a função de profissionais de saúde não médicos refere-se essencialmente a proporcionar apoio para os médicos (Q18 – Gráfico 15).

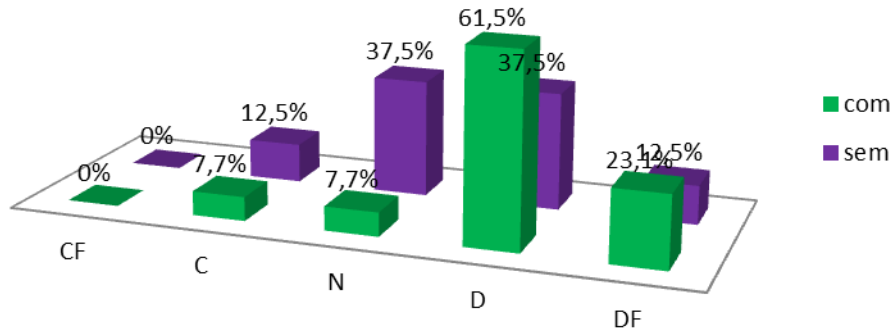
Isto também foi verificado nas assertivas referente ao cirurgião-dentista sentir-se desconfortável caso um outro profissional da área da saúde souber mais do que ele sobre determinado tema (Q20) e, alusiva sobre ter que adquirir muito mais competências e conhecimentos do que outros profissionais da área da saúde (Q21).

Gráfico 15 – A função de profissionais de saúde não médicos refere-se essencialmente a proporcionar apoio para os médicos (Q18), Marília-SP, 2013.



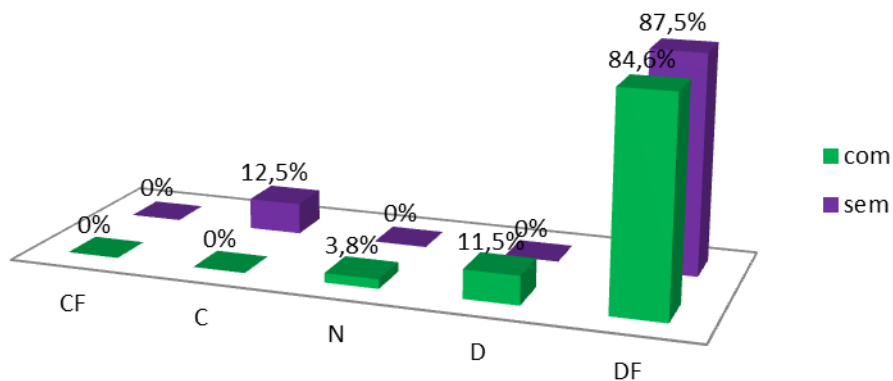
Sobre as competências profissionais observamos que a maioria dos cirurgiões-dentistas deste estudo discordaram e discordaram fortemente que há pouca sobreposição entre suas funções e a de outros profissionais da área da saúde (Gráfico 16 – Q19).

Gráfico 16 – Há pouca sobreposição entre as minhas funções e a de outros profissionais da área da saúde (Q19), Marília-SP, 2013.



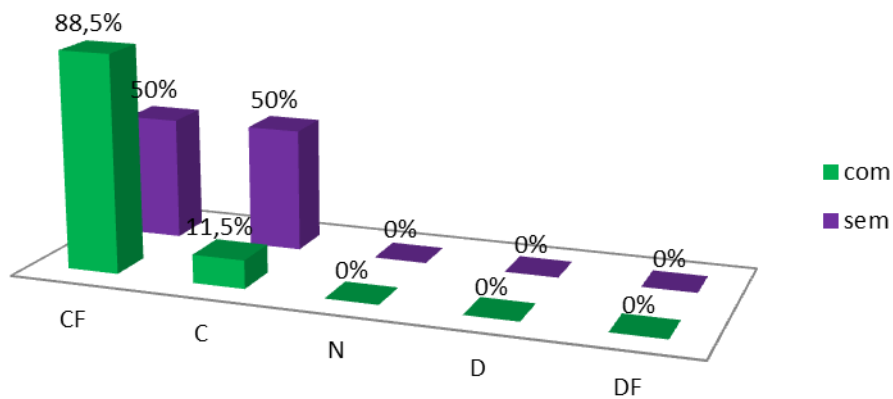
Destacamos que 12,5% dos profissionais sem pós-graduação concordaram que não tem certeza de qual é seu papel profissional na equipe de Saúde da Família (Gráfico 17 – Q22).

Gráfico 17 – Não tenho certeza de qual é o meu papel profissional na equipe de Saúde da Família (Q22), Marília-SP, 2013.



A maior parte dos cirurgiões-dentistas concordaram fortemente e concordaram que no trabalho em equipe é indispensável a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal (Gráfico 18 – Q24).

Gráfico 18 – No trabalho em equipe é indispensável a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal (Q24), Marília-SP, 2013.



4.2.3 Responsabilidade sobre o doente

Tabela 7 – Responsabilidade sobre o doente, Marília-SP, 2013.

RESPONSABILIDADE SOBRE O DOENTE					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS (%)				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q25 – Atingir o diagnóstico será a principal função da equipe de Saúde da Família.	3,8	15,4	11,5	53,8	15,4
	-	37,5	-	50	12,5
Q26 – A minha principal responsabilidade na equipe de saúde será a de tratar o paciente.	3,8	19,2	7,7	61,5	7,7
	-	25	12,5	62,5	-
Q27 – Para compreender o problema a equipe deve colocar-se no lugar do paciente.	23,1	57,7	7,7	11,5	-
	25	50	12,5	12,5	-
Q28 – O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho em equipe.	46,2	50	3,8	-	-
	62,5	25	12,5	-	-
Q29 – A equipe deve tentar se comunicar-se com interesse pelos pacientes.	61,5	34,6	3,8	-	-
	50	50	-	-	-
Q30 – Para o tratamento odontológico é importante pensar no paciente como uma pessoa.	69,2	26,9	3,8	-	-
	62,5	37,5	-	-	-
Q31 – Na odontologia é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	57,7	42,3	-	-	-
	62,5	37,5	-	-	-

Legenda – Cirurgiões-dentistas com (■) e sem (■) pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

A tabela 7 apresenta os resultados referentes a “Responsabilidade sobre o doente” (Q25 a Q31), onde observamos que a maioria dos cirurgiões-dentistas discordaram e discordaram fortemente que a principal função da equipe de Saúde da Família é atingir o diagnóstico (Gráfico 19 – Q25) e, que a sua principal responsabilidade na equipe de saúde será a de tratar o paciente (Gráfico 20 – Q26).

Gráfico 19 – Atingir o diagnóstico será a principal função da equipe de Saúde da Família (Q25), Marília-SP, 2013.

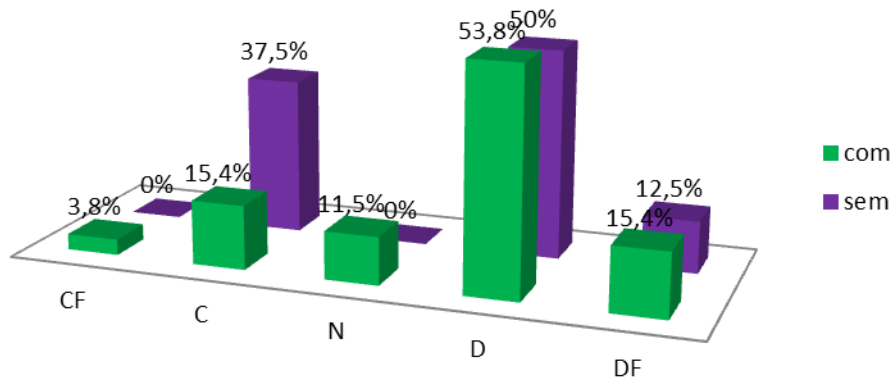
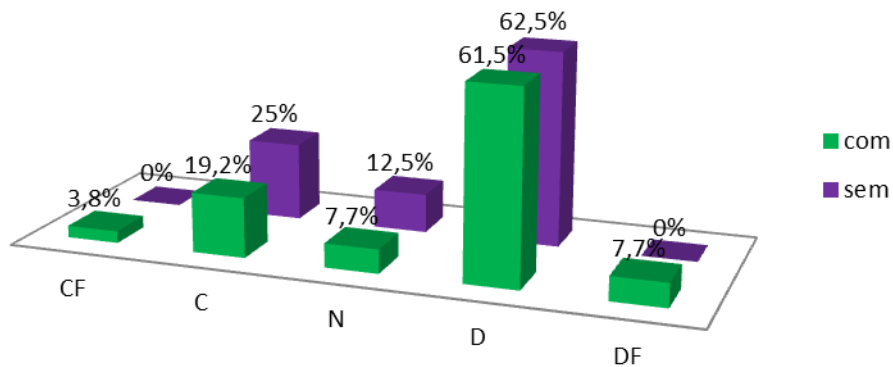


Gráfico 20 – A minha principal responsabilidade na equipe de saúde será a de tratar o paciente (Q26), Marília-SP, 2013.



Grande parte dos profissionais concordaram e concordaram fortemente com as seguintes assertivas: para compreender o problema a equipe deve colocar-se no lugar do paciente (Gráfico 21 – Q27), o estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho em equipe (Gráfico 22 – Q28) e que o a equipe deve tentar comunicar-se com interesse pelos pacientes (Gráfico 23– Q29).

Gráfico 21 – Para compreender o problema a equipe deve colocar-se no lugar do paciente (Q27), Marília-SP, 2013.

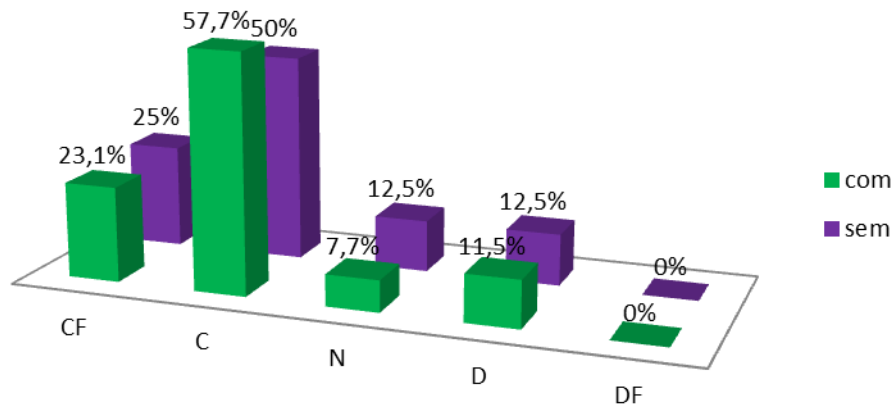


Gráfico 22 – O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho em equipe (Q28), Marília-SP, 2013.

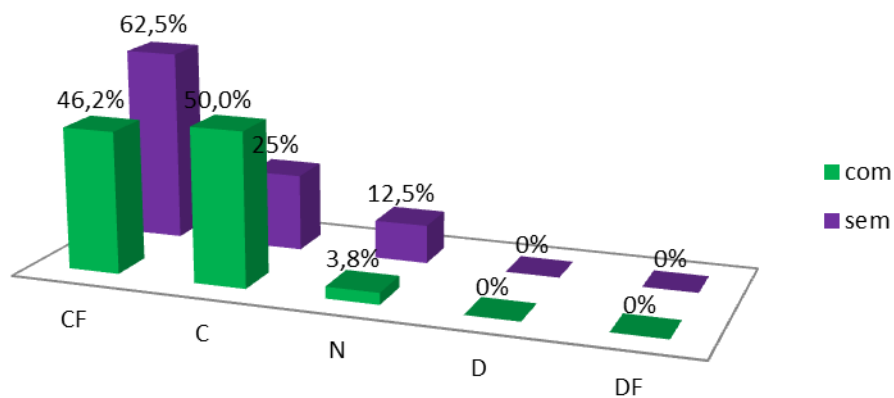
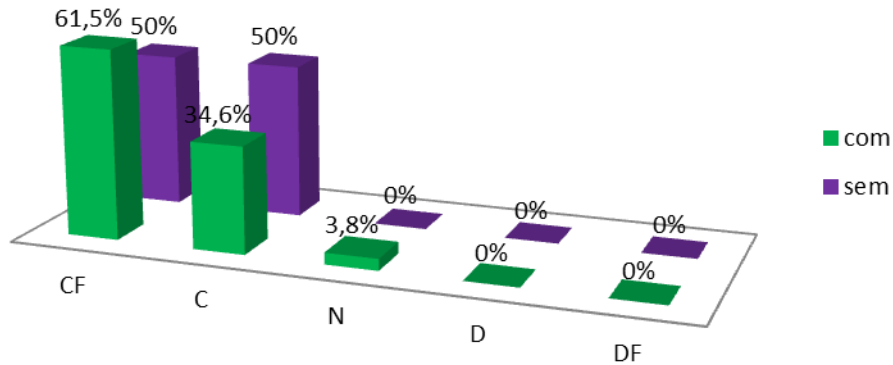


Gráfico 23 – A equipe deve tentar se comunicar-se com interesse pelos pacientes (Q29), Marília-SP, 2013.



A maior parte dos profissionais também concordaram fortemente e concordaram que para o tratamento odontológico é importante pensar no paciente como uma pessoa (Gráfico 24 – Q30) e, que na odontologia é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes (Gráfico 25 – Q31).

Gráfico 24 – Para o tratamento odontológico é importante pensar no paciente como uma pessoa (Q30), Marília-SP, 2013.

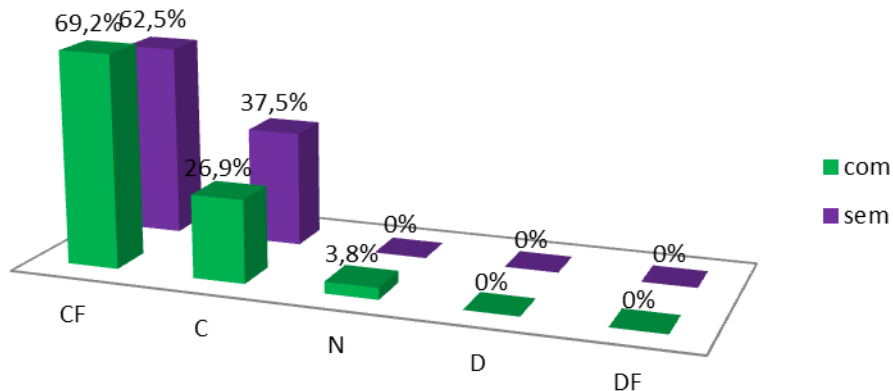
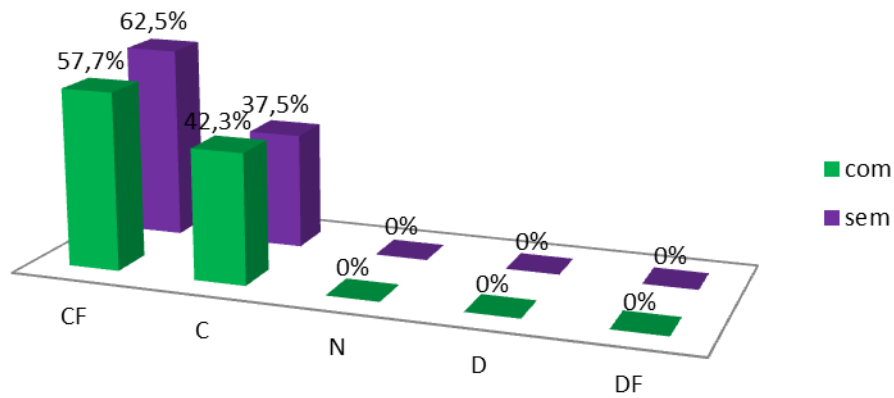


Gráfico 25 – Na odontologia é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes (Q31), Marília-SP, 2013.



4.2.4 Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional

A tabela 8 apresenta os resultados referente a “Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional” (Q32 a Q37).

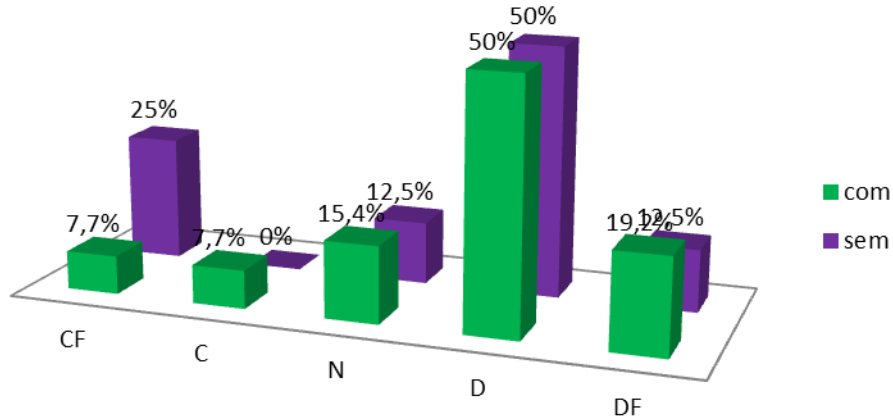
Tabela 8 – Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, Marília-SP, 2013.

CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS (%)				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q32 – A estrutura física da unidade de saúde não possibilita o trabalho em equipe interprofissional.	7,7	7,7	15,4	50	19,2
	25	-	12,5	50	12,5
Q33 – A quantidade de pacientes que atendo diariamente impossibilita o contato profissional com os demais membros da minha equipe.	-	15,4	19,2	57,7	7,7
	12,5	12,5	37,5	37,5	-
Q34 – A falta de recursos humanos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional.	7,7	15,4	19,2	50	7,7
	37,5	37,5	-	25	-
Q35 – O acesso à unidade de saúde facilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais.	19,2	57,7	19,2	-	3,8
	-	62,5	12,5	25	-
Q36 – Tenho um bom relacionamento com os demais membros da minha equipe o que facilita o trabalho interprofissional.	50	46,2	-	3,8	-
	62,5	37,5	-	-	-
Q37 – O excesso de população na área de abrangência da USF dificulta o processo de trabalho e planejamento das ações de saúde em equipe.	30,8	34,6	19,2	11,5	3,8
	37,5	50	-	12,5	-

Legenda – Cirurgiões-dentistas com (■) e sem (■) pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família.

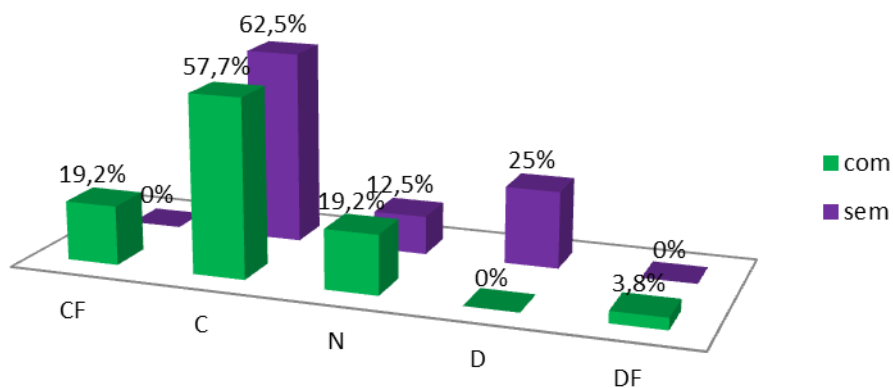
Frente as “Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional” verificamos que 50% dos profissionais discordaram que a estrutura física da unidade de saúde não possibilita o trabalho em equipe interprofissional (Gráfico 26 – Q32) e 25% dos profissionais sem pós-graduação concordaram fortemente com esta assertiva.

Gráfico 26 – A estrutura física da unidade de saúde não possibilita o trabalho em equipe interprofissional (Q32), Marília-SP, 2013.



Apesar da maior parte dos cirurgiões-dentistas concordar que o acesso à unidade de saúde facilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais (Gráfico 27 – Q35), 25% dos profissionais sem pós-graduação discordaram desta questão.

Gráfico 27 – O acesso à unidade de saúde facilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais (Q35), Marília-SP, 2013.



Grande parte dos cirurgiões-dentistas concordou que ter um bom relacionamento com os demais membros da equipe facilita o trabalho

interprofissional (Gráfico 28 – Q36) e, que o excesso de população na área de abrangência da USF dificulta o processo de trabalho e planejamento das ações de saúde em equipe (Gráfico 29 – Q37).

Gráfico 28 – Tenho um bom relacionamento com os demais membros da minha equipe o que facilita o trabalho interprofissional (Q36), Marília-SP, 2013.

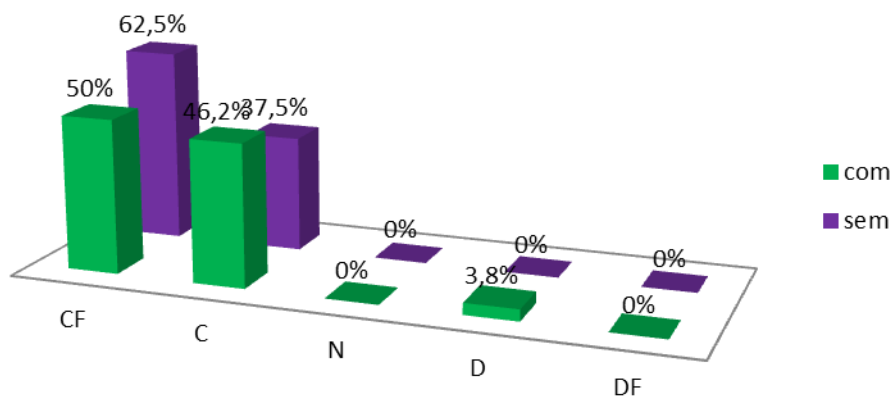
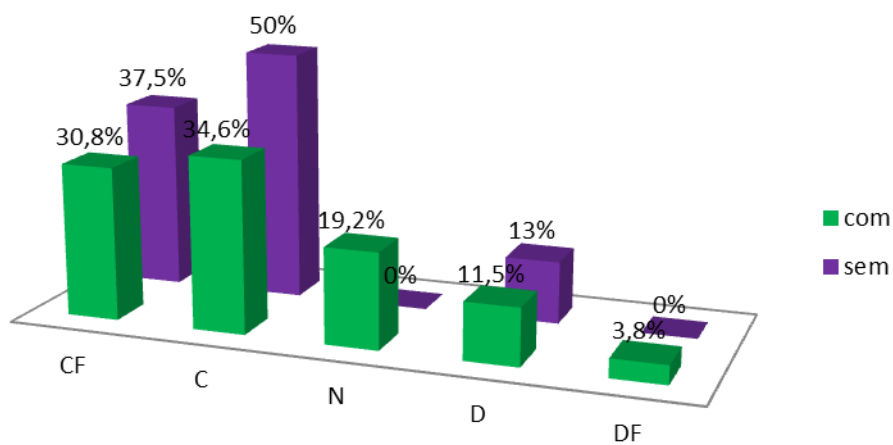
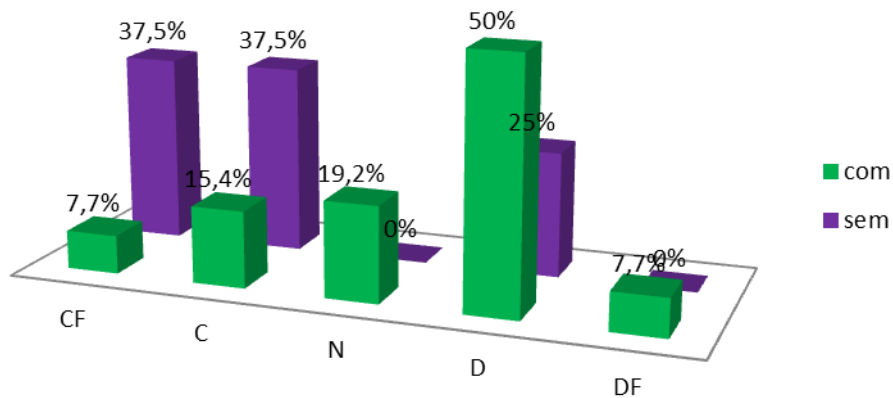


Gráfico 29 – O excesso de população na área de abrangência da USF dificulta o processo de trabalho e planejamento das ações de saúde em equipe (Q37), Marília-SP, 2013.



Dos cirurgiões-dentistas com pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família, 7,7% concordaram fortemente, 15,4% concordaram, 19,2% manifestaram-se neutros, 50% discordaram e 7,7% discordaram fortemente que a falta de recursos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional. Já em relação aos profissionais sem pós-graduação, 37,5% concordaram fortemente, 37,5% concordaram e 25% discordaram com esta assertiva (Gráfico 30 – Q 34).

Gráfico 30 – A falta de recursos humanos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional (Q34), Marília-SP, 2013.



Foi realizado a análise de variância não paramétrica Kruskal-Wallis, com pós-teste de comparações múltiplas S-N-K com nível de significância de $p < 0,05$. Ela revelou que apenas a assertiva Q34, que aborda a falta de recursos humanos impedir o desenvolvimento do trabalho interprofissional pela equipe, apresenta resultado significativo ($p < 0,05$).

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP

A avaliação do perfil dos cirurgiões-dentistas que integram a ESF, de acordo com Lenzi et al⁴¹, é necessária para avaliação e elaboração de estratégias que melhorem a qualificação dos profissionais e assegurem a concretização das políticas de saúde bucal integradas à ESF. Nessa avaliação, segundo os autores, é possível obter dados que contribuam no processo de seleção, capacitação e inserção dos cirurgiões-dentistas à estratégia.

5.1.1 Identificação pessoal

Os dados revelaram que os cirurgiões-dentistas são majoritariamente do gênero feminino (82,4%) e estão na faixa etária de 31 a 40 anos (70,6%). Interessantemente, verifica-se com estes resultados que os mesmos são corroborados por outros autores^{29,42-44} que verificaram a feminilização das profissões no mercado de trabalho em saúde, inclusive na área odontológica.

Morita et al.³⁹ relatam que 57,4% dos cirurgiões-dentistas com inscrição ativa no Conselho Federal de Odontologia (CFO) tem até 40 anos e, que atualmente a profissão tem maioria feminina (56,3%) fato que acompanha o ingresso progressivo das mulheres brasileiras no ensino superior sobretudo a partir dos anos 80. O maior número de profissionais desses profissionais encontra-se nas faixas etárias de 26 a 35 anos e 57,4% tem até 40 anos de idade.

5.1.2 Formação profissional

Em relação a formação profissional 11,8% realizaram sua graduação em instituições públicas e 88,2% em instituições privadas de Ensino. Estes dados estão de acordo com o cenário nacional, onde das 203 faculdades de Odontologia existentes no Brasil 28 são federais, 19 estaduais, 08 municipais e, a grande maioria, 148, particulares.⁴⁵

De acordo com Morita et al.³⁹, no Brasil os cursos de Odontologia tem apresentado considerável aumento, sobretudo nos últimos 30 anos. No período de 1992 a 2008 a evolução no número de cursos de graduação foi de 132%, sendo que a maior velocidade de expansão ocorreu no período de 1996 a 2002, atingindo o crescimento de 87% do total de cursos existentes no país no início da série histórica.

Quanto ao ano de conclusão de curso em Odontologia 70,6% dos profissionais graduaram-se no ano de 2000 ou antes deste ano. Desta forma, verificamos que a maior parte dos cirurgiões-dentistas graduaram-se antes da inserção dos profissionais de Saúde Bucal no contexto da ESF. Isto traz o desafio de qualificar estes profissionais para atuarem na ESF, sendo necessário promover a educação permanente e estimular a qualificação profissional.

Isto reforça a importância das estratégias do Ministério da Saúde em fortalecer as políticas públicas através da implantação de cursos na área da saúde. Neste sentido ele criou em 1998 os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, e em 2000 implementou a oferta de cursos de pós-graduação *latu sensu*, na modalidades de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde.²⁸

Segundo Batista et al.⁴⁶ é de extrema relevância que o profissional esteja apto a atuar no SUS e na ESF, observando os princípios de universalidade, equidade e integralidade, pois, o conjunto de ações resultantes desta interação propicia benefícios à saúde da comunidade, melhorando sua qualidade de vida. E, de acordo com Gil²⁸, as experiências vividas nas residências multiprofissionais podem representar a melhor oportunidade para a formação dos profissionais na perspectiva do modelo assistencial proposto pela ESF.

Silva, Caldeira⁴⁷ observaram a relevância do processo de qualificação dos profissionais de saúde por meio Residência Médica ou Multiprofissional em Saúde da Família. Eles verificaram diferenças estaticamente significantes entre o desempenho das equipes tanto para a dimensão de consolidação do modelo quanto para a dimensão de atenção à saúde, com melhores escores para as equipes que possuíam formação específica nestas residências.

Destacamos também a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS) que através da especialização a distancia em Saúde da Família tem contribuído com a formação acadêmica de diversos profissionais da saúde.⁴⁸

Desta forma, se por um lado os cursos de Odontologia cresceram no país, o mesmo pode ser observado em relação aos cursos de pós-graduação na área odontológica, onde observamos que 94,1% dos cirurgiões-dentistas deste estudo possuem pós-graduação em diversas áreas.

Arouca et al.⁴⁹, averiguaram que a força de trabalho especializada está concentrada nos municípios com população de 100 mil habitantes (82,6%), com Produto Interno Bruto Per-Capita (PIB-PC) maior que 10 mil reais (78,4%), com IDH-M alto ou muito alto (62,9%) e coeficiente de Gini maior que 0,5 (97,4%).

Interessantemente 76,47% apresentam especialização em Saúde Coletiva e da Família. Estes dados estão acima da porcentagem estadual, pois de acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO)⁵⁰, dos 78.082 profissionais registrados no Estado de São Paulo 74,51% apresentam alguma especialidade e apenas 0,85% em Odontologia em Saúde Coletiva e 1,08% em Saúde Coletiva e da Família. Todavia esse dado pode estar subestimado, pois nesta área o registro de especialidade não implica em limitações do exercício profissional.

5.1.3 Atividade profissional

No que se refere à permanência dos cirurgiões-dentistas na ESF verificamos uma baixa rotatividade o que pode favorecer a formação de vínculo, o fortalecimento do trabalho interprofissional, o desenvolvimento das diretrizes e de novas práticas profissionais contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica. O tempo de atuação na estratégia variou entre 01 ano e 10 meses a 13 anos e 04 meses, sendo que 32,4% dos profissionais estão no grupo de 04 a 07 anos.

Em nosso estudo 50% dos profissionais afirmaram que já haviam trabalhado anteriormente em serviços públicos de saúde, sendo afinidade à área o principal motivo de escolha para atuação na ESF.

Consideramos pertinente avaliar também quais modelos de assistência foram vivenciados pelos cirurgiões-dentistas antes de integrarem as ESB do município de Marília-SP, pois as experiências anteriores podem influenciar positivamente ou negativamente no processo de trabalho destes profissionais no contexto da ESF.

De acordo com Morita et al.³⁹ um terço dos profissionais do país tem vínculo com o serviço público. Este cenário revela uma nova postura do profissional de Odontologia, decorrente de alguns fatores tais como: a inclusão dos profissionais de

saúde bucal nas equipes da ESF, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, e a criação de cerca de 800 Centros de Especialidades Odontológicas.^{39,48}

A Portaria nº 648⁵¹ de 28 de março de 2006 define que o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família deve iniciar-se concomitante ao início dos trabalhos das equipes por meio do Curso Introdutório, e recomenda que este curso seja realizado em até 3 meses após a implantação da Equipe de Saúde da Família. No entanto, identificamos que 64,71% dos profissionais realizaram o Curso Introdutório para atuar na ESF, entretanto 100% afirmaram que sentem-se preparados para atuar nesta estratégia e, 85,3% estão satisfeitos com a sua atuação.

Farias, Sampaio⁵² verificaram que a Saúde Bucal está inserida na ESF ainda de forma incipiente, desenvolvendo uma prática autônoma, curativa e sem interação com o demais saberes e membros da equipe.

O trabalho do cirurgião-dentista raramente se insere em práticas partilhadas com outras áreas, desenvolvendo suas ações de forma autônoma, independente e individualizada, sendo o trabalho em equipe um desafio, pois afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas do modelos anteriores.⁵⁷

Carvalho⁵³ constatou que o relacionamento interequipe não se estabelece entre os profissionais e que o cirurgião-dentista e ASB relacionavam-se mais com a própria ESB. O que para o autor constitui um grande desafio para promover a organização e gerenciamento dos recursos humanos, capacitação e integração em busca da assistência humanizada, de alta qualidade e resolutividade dos problemas de saúde da população atendida pelo SUS.

Assim, Colomé et al.⁵⁴ sugerem a reorganização do processo de trabalho na ESF visando o desenvolvimento de um trabalho efetivamente integrado no qual todos os profissionais envolvam-se em algum momento da assistência e, atuando com seu nível de competência específico para promover o desenvolvimento da assistência integral em saúde.

5.2 Escala de percepção do trabalho interprofissional

O trabalho interprofissional em saúde corresponde ao processo de interação/articulação entre os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e os doentes.

Assim, a escala utilizada neste estudo abordou quatro dimensões do trabalho interprofissional:

- I) Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde;
- II) Papéis e responsabilidades;
- III) Responsabilidade sobre o doente e
- IV) Condições para o desenvolvimento do trabalho.

A partir da análise dos resultados da escala observamos que o trabalho interprofissional no contexto da ESF é desenvolvido de forma positiva quando as assertivas positivas são majoritariamente concordo fortemente e concordo e, as assertivas negativas são discordo e discordo fortemente.

Citamos como exemplo as questões 1 e 14 onde 100% dos cirurgiões-dentistas concordaram fortemente ou concordaram que o trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-me a tornar-me um membro efetivo da equipe de saúde (Q1) e, discordaram e discordaram fortemente que não querem desperdiçar seu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde (Q14).

Já as questões 4 e 13 evidenciam a fragilidade de alguns conceitos relacionados ao trabalho interprofissional.

5.2.1 Trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais da saúde (Q1 a Q15)

A proposta do trabalho em equipe, segundo Peduzzi⁵⁵, tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, onde esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar concomitantemente a articulação das ações e dos saberes.

A ESF destaca o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho em saúde pautado na atenção

integral ao paciente, com a inclusão de variadas categorias profissionais que podem contribuir na construção de saberes e práticas que impactem as múltiplas dimensões da saúde.^{56,57}

Peduzzi⁵⁵ apresenta uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que há a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes.

A assertiva alusiva a pós-graduação contribuir com a formação profissional do cirurgião-dentista para o trabalho em equipe (Q13) apresentou-se positiva, evidenciando que ocorre aproximação a proposta da ESF. Loch-Neckel et al.⁵⁸ reforçam que as residências e especializações multiprofissionais em Saúde da Família possibilitam o profissional experienciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade e o capacita para a mudança do modelo assistencial contribuindo desta forma para a qualificação da assistência à saúde no Brasil.

5.2.2 Papéis e responsabilidades (Q18 a Q24)

O trabalho em equipe no contexto da ESF, segundo Araújo, Rocha⁵⁹ apresenta a divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, onde todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde e para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

Destacamos a lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, conhecida como Ato Médico, que dispõe sobre o exercício da medicina e gerou polêmicas por limitar a área de atuação de outros profissionais de saúde.⁶⁰

O quarto artigo desta lei, que define as atividades que são exclusivas aos médicos, apresentou nove pontos vetados. Um deles definia ser privativo aos médicos a formulação do diagnóstico e a respectiva prescrição terapêutica. Também foram vetados dispositivos que impedem a atuação de outros profissionais na indicação de órteses e próteses, inclusive oftalmológicas.

O texto original inviabilizaria ações definidas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no SUS, tais como os programas de prevenção e controle à

malária, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, dengue, dentre outros.

O quinto artigo apresentou veto no texto que restringe o acesso a cargos de direção e chefia de serviços médicos apenas a médicos, impedindo que eles fossem assumidos por outros profissionais da saúde.

Desta forma, destacamos que muitas competências profissionais são comuns e devem ser compartilhadas, e também que as competências colaborativas devem ser valorizadas. Nesta perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do médico, sendo dividida entre todos os membros da equipe.

A questão 19 (Q19) evidencia as competências profissionais comuns e/ou colaborativas ao abordar a sobreposição entre as funções do cirurgião-dentista e a de outros profissionais da área da saúde.

Destacamos que as necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões que implicam conhecimentos complexos. Nesse sentido, as ações de saúde não podem ser realizadas pela ação isolada de um único profissional, mas sim pela ação de diferentes profissionais especializados, ora no interior de uma mesma área profissional, ora na relação interprofissional.⁶¹

A atenção integral não é possível simplesmente pela locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais em um mesmo local de trabalho realizando ações isoladas e justapostas, executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação.⁶¹

Araújo, Rocha⁵⁹ afirmam que para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, é necessário a aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. É necessário desenvolver uma modalidade de trabalho em equipe que proporcione uma outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais de saúde.⁶¹

Desta forma, o estabelecimento de um relação dialógica nas unidades de saúde, de acordo com Mishima et al.⁶², pode favorecer a superação de relações hierarquizadas, onde raramente os profissionais conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo, dessa forma, a divisão social do trabalho e estabelecendo relações de mando e autoridade.

Apesar de 100% dos profissionais terem afirmado que sentem-se preparados para atuar na ESF e, 85,3% estarem satisfeitos com a sua atuação, verificamos uma

contradição nos resultados da questão 22 (Q22) onde 12,5% dos profissionais sem pós-graduação não tem certeza de qual é seu papel profissional na equipe de Saúde da Família.

5.2.3 Responsabilidade sobre o doente (Q25 a Q31)

Frente a “Responsabilidade sobre o doente” reforçamos que as atribuições dos profissionais inseridos na ESF são bastante amplas e visa proporcionar atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação e controle social.⁶

Cericato et al.⁶³ destaca que a abordagem da ESF para o trabalho do cirurgião-dentista vai muito além do trabalho clínico pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 recomenda que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma Equipe de Saúde da Família e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela população e território e, apresenta as atribuições comuns e específicas dos membros das equipes da Atenção Básica.⁶

Constituem atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da Atenção Básica:

I – participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II – manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III – realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV – realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V – garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI – participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII – realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII – responsabilizar –se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX – praticar cuidado familiar e dirigido a coletividade e grupos sociais que visem propor intervenções que influenciem os processos de saúde e doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X – realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI – acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII – garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII – realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII – identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII – realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.”.⁶

De acordo com as prioridades definidas pela gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas, poderão haver outras atribuições específicas da Atenção Básica em normatização do município e do Distrito Federal.⁶

As atribuições específicas dos cirurgiões-dentistas dentro da ESF engloba:

I – realizar diagnóstico com o objetivo de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e programação em saúde bucal;

II – realizar a atenção à saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo, com o planejamento da equipe, com resolubilidade;

III – realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV – realizar atividade programadas e de atenção à demanda espontânea;

V – coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais;

VI – acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII – realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e

VII – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.”.⁶

Neste contexto, 62,5% dos profissionais com e 61,5% sem pós-graduação, discordaram que sua principal responsabilidade na equipe de saúde é a de tratar o paciente (Q26), evidenciando a gradativa compreensão destes profissionais sobre as várias dimensões do processo saúde-doença e da necessidade do cuidado integral e co-participativo.

5.2.4 Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional (Q32 a Q37)

Em relação as “Condições para o desenvolvimento do trabalho interprofissional” verificamos que a infraestrutura das USF, o contingente de recursos humanos nas equipes de saúde e o número de pessoas pertencentes à população adscrita interferem no desenvolvimento do trabalho interprofissional, mas não são os aspectos determinantes do trabalho interprofissional.

Vilarinho, Mendes⁶⁴ relatam que a existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas dificultam a substituição total do modelo tradicional pelo atendimento odontológico centrado nos princípios e diretrizes organizativos do SUS.

O número de pessoas por equipe deverá ser considerado de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias do território, onde quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas assistidas por equipe.⁶

No entanto, apontamos que o trabalho interprofissional em saúde, segundo o enfoque adotado nesta dissertação, corresponde ao processo de interação/articulação entre os profissionais de saúde para a produção de ações de saúde na perspectiva da integralidade.¹⁶

Finalmente, destacamos que as comparações das diferenças entre os escores atribuídos nas respostas entre os profissionais com e sem pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família na assertiva referente ao contingente de recursos humanos e o trabalho interprofissional (Q34) foi estatisticamente significativa, onde a análise de variância não paramétrica Kruskal-Wallis, com pós-teste de comparações múltiplas S-N-K, apresentou nível de significância $p < 0,05$.

Loch-Neckel et al.⁵⁸ relacionaram a integralidade da atenção e a composição das equipes mínimas da ESF, e identificaram que a falta de outros profissionais gera sobrecarga e dificulta o trabalho na unidade de saúde e que os profissionais acabam desenvolvendo atividades que ultrapassem os limites de suas competências.

Desta forma, apesar da falta de recursos humanos interferir no processo de trabalho na ESF, avaliamos que os cirurgiões-dentistas que apresentam pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família estão atentos à qualificação dos profissionais de sua equipe em realizar e contribuir com o trabalho interprofissional. Assim, no processo de trabalho estes profissionais consideram a quantidade dos integrantes de sua equipe de saúde, mas principalmente a qualidade deles.

Assim, consideramos que os profissionais que apresentam pós-graduação discordaram (57,7%) e discordaram fortemente (7,7%) que a falta de recursos humanos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional, pois sua

formação profissional possibilitou compreender a importância da integração das ações, a interação dos agentes no trabalho em saúde e a valorização das competências profissionais comuns e colaborativas.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O município de Marília-SP adotou em 1998 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica, e neste contexto já estava inserido o profissional cirurgião-dentista³⁴. Isto evidencia que o espaço da saúde bucal na ESF do município foi contemplado antes da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2005 e da Portaria nº 267 de 06 de março de 2001.^{8,9}

Desta forma, inferimos que o tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF qualifica sua prática profissional. Apreciamos que o trabalho favorece a troca de experiências, o processo de construção e reconstrução de saberes e a cooperação entre os profissionais, constituindo um locus formador.⁶⁵ Assim sugerimos a realização de análise de correlação entre tempo de serviço e a escala de percepção do trabalho interprofissional.

Consideramos o questionário utilizado neste estudo potente para verificar características sociodemográficas e a percepção sobre o trabalho interprofissional dos cirurgiões-dentistas.

Quanto a avaliação da formação profissional destes profissionais é possível inferir sobre a busca por atualização, mas não sobre a efetividade dos programas de pós-graduação no desenvolvimento do trabalho interprofissional, o que exige a abordagem de outros aspectos.

Observamos, a partir da análise dos resultados da escala utilizada neste estudo, que os profissionais que apresentam pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família exibem uma tendência positiva quanto a percepção do trabalho interprofissional.

Desta forma, ponderamos que a pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família proporciona aos profissionais a reflexão sobre a integração no trabalho em equipe, o entendimento sobre o processo de trabalho interprofissional, a valorização das competências profissionais comuns e colaborativas e, desta forma minimize os efeitos de uma equipe de saúde incompleta. Consideramos que os profissionais sem esta pós-graduação ficam restritos a sua formação tradicional e reducionista.

Destacamos que os cirurgiões-dentistas substitutos deveriam ser incluídos nos critérios de inclusão e exclusão da amostra do estudo, pois identificamos

fragilidades destes profissionais no desenvolvimento do trabalho em equipe e nas responsabilidades sobre o doente, constituindo desta forma um viés de nosso trabalho.

Sugerimos a reformulação da questão 16 da terceira etapa do questionário destinada a “Atividade Profissional” que aborda o relacionamento interprofissional do cirurgião-dentista com os demais membros da ESF, pois dificultou a compreensão dos participantes do estudo.

Apreciamos que o processo de inserção dos profissionais de saúde bucal na ESF apresenta o desafio de formar um cirurgião-dentista capaz de desenvolver o trabalho interprofissional neste contexto. A integração entre os membros da equipe multiprofissional é necessária e muito importante para dispensar assistência integral, eficaz e de qualidade ao paciente e à família.

Esta perspectiva de transformação será viabilizada por meio de gestores e profissionais sensíveis e comprometidos com o fortalecimento da integração ensino-serviço, mudanças nos Projetos Pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia das instituições do Sistema de Ensino Superior e investimento em educação permanente.

O mestrado profissional apresenta a proposta de aproximar serviço e academia e, despertar nos profissionais uma perspectiva científica sobre a sua prática profissional. Desta forma, este programa de pós-graduação “Ensino em Saúde” contribuiu para a reflexão crítica sobre o processo de trabalho interprofissional do cirurgião-dentista no contexto da ESF e da minha própria atuação profissional.

Desta forma, trazemos perspectivas futuras de aprofundar e qualificar os resultados quantitativos obtidos neste estudo sobre o trabalho interprofissional do cirurgião-dentista na ESF.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalhador para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 ago 2008. Seção 1:27.
3. Assega ML, Lopes Júnior LC, Santos EV, Antoniassi RS, Padula MGC, Pirolo SM. Relato de experiência: a interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. Rev Cienc Saúde. 2010;3(1):29-33.
4. Lopes Júnior LC, Assega ML, Santos EV, Padula MGC, Antoniassi RS, Pirolo, SM. A saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma interface metodológica fundamentada na técnica Delphi. Cad Saúde Colet. 2010;18(4):516-26.
5. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Cienc Saúde Coletiva. 2009;14 Supl 1:1493-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 24 out 2011. Seção 1:48.
7. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. Interface (Botucatu). 2009;13(30):153-66.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 29 dez 2000. Seção 1:85.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. Portaria de norma e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 07 mar 2001. Seção 1:67.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica nº 48. A saúde bucal nos 20 anos do SUS [Internet]. 2008 set/out ano IX. [Citado 18 out 2011];. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo48.pdf>
11. 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 (DF); 2004.

12. Costa JFR; Chagas, LD; Silvestre, RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, nº 11).
13. Machado, C.V.; Baptista, T.W.F.; Nogueira, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública. 2011;27(3):521-32.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, nº17 – Saúde Bucal. Brasília (DF); 2006.
15. Dicionário de português online Michaelis [Internet]. [São Paulo (SP)]: Editora Melhoramentos Ltda; 2009. [citado 08 jul 2013]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=interprofissional>
16. Pirollo SM. Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008. 209 p.
17. Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(2):219-30.
18. Benito GAV, Silva LL, Meirelles SBC, Felippetto S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. Fam Saúde Desenv. 2003;5(1):66-72.
19. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006;40(4):727-733.
20. Gontijo LPT, Almeida, MCP, Gomide LRS, Barra RP. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia – análise de uma experiência. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(4):1277-85.
21. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. O processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl 1):1643-52.
22. Matos PES, Tomita, NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cad Saúde Pública. 2004;20(6):1538-44.
23. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. Rev ABENO. 2004;4:30-37.
24. Petrônio JLM, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da

Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15 Supl 2:3243-8.

25. Teixeira MCB. O lugar do cirurgião-dentista no trabalho de equipe em saúde: uma perspectiva interdisciplinar [dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2003. 123 p.

26. Batista NA. . Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. Cad FNEPAS. 2012;2:25-8.

27. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Saúde Soc. 2010;19(4):814-27.

28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [2012]. [citado 30 de jul 2013]. Disponível:
http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

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

30. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades @: São Paulo: Marília. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; c2013. [citado 24 fev 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=352900>

31. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Ranking do índice de desenvolvimento humano dos municípios (IDH – M) do Brasil 2003 [Internet]. Brasília (DF): PNUD Brasil; c2012. [citado 24 fev 2011]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003.

32. Sistema FIRJAN. IFDM – Índice de Desenvolvimento Municipal [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Sistema FIRJAN; c2011. [citado 24 fev 2011]. Disponível em: <http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice/consulta-ao-indice-grafico.htm?UF=SP&IdCidade=352900&Indicador=1&Ano=2010>.

33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNESNET [Internet]. Estabelecimentos de saúde do município: Marília. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [2013?]. [citado 15 jun 2013]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=352900&NomeEstado=SAO%20PAULO

34. Marília. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 10 anos de Saúde da Família/EACS: 20 anos de SUS. Marília (SP): Secretaria Municipal da Saúde; 2008.

35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Editora MS, 2003 [citado 15 jun 2013]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>
36. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 dez 2012; Seção 1:249.
37. Prefeitura Municipal de Marília. Extratos de Contratos. Contrato CV – 802/10., Diário Oficial do Município de Marília, Marília (SP); 04 dez 2010; Ano 2:373.
38. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 10 de outubro de 1996.
39. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá (PR): Dental Press Internacional; 2010.
40. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). Med Educ. 1999;33:95-100.
41. Lenzi TL, Rocha RO, Dotto PP. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do sul do Brasil. Stomatos. 2010;16(30):58-64.
42. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força de trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba-SP. J Appl Oral Sci. 2003;11(4):301-15.
43. Otenio CCM, Nakama L, Lefèvre AMC, Lefèvre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. Saúde Soc. 2008;17(4):135-50.
44. Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminilização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl 1):1865-73.
45. Conselho Federal de Odontologia – CFO. Faculdades de odontologia existentes no Brasil – ano 2012 [Internet]. [citado 10 jan 2013]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf.
46. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Gonçalo CS, Sousa MLR. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. Arq Odontol. 2010;46(3):144-51.

47. Silva JM, Caldeira P. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e qualificação profissional. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):95-108.
48. Freire, D. Mais que saúde bucal, o foco é a promoção da saúde integral. *Rev ABO Nac*. 2011/2012;20(6):325-35.
49. Arouca R, Pereira HC, Alves LC. Censo demográfico da força de trabalho nas especialidades odontológicas: Brasil, 2010, volume I [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ : CFO, 2010 [citado 23 de maio de 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CensoDemografico.pdf>.
50. Conselho Federal de Odontologia – CFO. Serviços & Consultas. Dados estatísticos [Internet]. [citado 10 jan 2013]Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 29 mar 2006; Seção 1:61.
52. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *RGO*. 2011;59(1):109-15.
53. Carvalho ML. Perfil e relação interprofissional da equipe de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) em cidade de pequeno porte [tese]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2008. 118 p.
54. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):256-61.
55. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
56. Peduzzi M. Trabalho em equipe. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [Internet]. [citado 02 jul 2012];271-277. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf
57. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):45-51.
58. Lonch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1463-72.
59. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.

60. Brasil. Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 11 jul 2013; Seção 1:132.
61. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Cienc Saúde Coletiva. 1999;4(2):221-42.
62. Mishima S, Villa TCS, Silva E, Pinto IC, Almeida MCP. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. Saúde Debate. 2010;24(54):66-74.
63. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO. 2007;12(3):18-23.
64. Vilarinho, SMM, Mendes, RF, Prado Júnior, RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). Rev Odonto Cienc. 2007;22(55):48-54.
65. Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. Texto Contexto – Enferm. 2009;18(4):680-8.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Estudo avaliativo do trabalho interprofissional de cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador responsável: Mirella Gonçalves Caldeira Padula.

Orientador: Profº Drº Rinaldo Henrique Aguiar da Silva.

O objetivo deste projeto é descrever o perfil interprofissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Marília-SP e verificar a influência sobre a sua prática profissional. E avaliar e comparar a percepção sobre o trabalho interprofissional dos cirurgiões-dentistas especialistas e não especialistas em Saúde da Família.

Este estudo integra o projeto de Mestrado Profissional Ensino em Saúde desenvolvido no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Marília-SP (FAMEMA).

O participante tem o direito de confidencialidade, pois as informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está assegurado o acesso, em qualquer etapa do estudo, dos entrevistados o esclarecimento de eventuais dúvidas pelos profissionais responsáveis pela pesquisa.

O participante tem, ainda, o direito de se manter atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam dos conhecimentos dos pesquisadores.

Os pesquisadores assumem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Não existe despesas pessoais ou compensação financeira, em qualquer fase do estudo, para os participantes.

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim descrevendo esta investigação. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a ser realizada, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e estou ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes e durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízos”.

Marília, ____/____/20_____

Assinatura do participante

RG:

Mirella Gonçalves Caldeira Padula
RG: 42.065.760-5
CRO: 88051 SP
(14) 9788-0030/(14) 3433-8434
mirellapadula@gmail.com

Rinaldo Henrique Aguiar da Silva
RG: 21.733.123-3
CRBM: 4340 SP
(14) 3402-1838
aguilar@famema.br

APÊNDICE B – CARTA DE APRESENTAÇÃO

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família:

Convidamos você a fazer parte do projeto de pesquisa intitulado **Estudo avaliativo do trabalho interprofissional de cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família** desenvolvido no Mestrado Profissional Ensino em Saúde do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Marília-SP (FAMEMA).

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão realizadas duas etapas, sendo a primeira constituída pela aplicação de um questionário estruturado contendo três partes destinadas à:

- I) Identificação Pessoal;
- II) Formação Profissional, e
- III) a) Atividade Profissional
b) Escala de Percepção sobre o Trabalho Interprofissional.

Nesta fase as assertivas serão graduadas por meio da escala de Likert, da seguinte maneira:

- 1 (CF) – Concordo fortemente;
- 2 (C) – Concordo;
- 3 (N) – Neutro;
- 4 (D) – Discordo;
- 5 (DF) – Discordo Fortemente.

Após o tratamento estatístico destes dados será realizado um levantamento das principais fragilidades e fortalezas detectadas sobre o trabalho interprofissional que posteriormente serão aprofundadas na segunda etapa desta pesquisa com a realização de grupo focal.

Por favor, solicitamos que o material seja devolvido no prazo máximo de 15 dias, a contar a data do recebimento e que ao término do preenchimento do questionário, entre em contato por meio de telefone (14) 9788-0030 e/ou e-mail mirellapadula@gmail.com.

Agradecemos antecipadamente pela atenção e colocamo-nos a disposição a esclarecimentos que se fizerem necessários.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO:

Estudo avaliativo do trabalho interprofissional de cirurgiões-dentistas

integrantes da Estratégia Saúde da Família

Mestranda: Mirella Gonçalves Caldeira Padula

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar da Silva

I – Identificação Pessoal

1 – Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Outra	2 – Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	3 – Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Morena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Outros
4 – Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Amasiado <input type="checkbox"/> Outros	5 – Nascimento: a) Cidade: _____ b) Estado: _____ c) Data: ___/___/_____ d) Idade: _____ anos	6 – Você mora na área de abrangência em que atua como cirurgião(ã)-dentista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

II – Formação Profissional

7 – Graduação:		
a) A faculdade onde você se graduou é: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	b) Nome da faculdade: _____ _____ _____	c) Ano da conclusão da graduação: _____
8 – Pós-graduação:		

Tipo	Área	Ano de conclusão
() Especialização		
() Residência		
() Mestrado Profissional		
() Mestrado Acadêmico		
() Doutorado		

III – a)Atividade Profissional

<p>10 – Atuação na Estratégia Saúde da Família:</p> <p>a) Data de admissão: ___/___/___</p> <p>b) Tempo de atuação: ___anos e ___meses</p>	<p>11 – Antes de trabalhar na ESF você já trabalhou em serviços públicos de saúde?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>12 – Qual o motivo que o levou a trabalhar na ESF?</p> <p>() Por afinidade à área () Por ter salário fixo () Por falta de opção () Por ser bem remunerado</p>
<p>13 – Você realizou Capacitação Introdutória para atuar na ESF?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>14 – Você sente-se preparado para atuar na ESF?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>15 – Você está satisfeito com a sua atuação na ESF?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>16 – Classifique seu relacionamento com os profissionais da ESF, em ordem decrescente de 1 a 8, sendo 1 o melhor relacionamento interprofissional:</p>		
() Agentes Comunitários de Saúde	() Auxiliar de saúde bucal	
() Auxiliares de Serviços Gerais	() Auxiliares de Enfermagem	
() Enfermeiro	() Equipe do NASF	
() Médico	() Motorista	

III – b) Escala de percepção do trabalho interprofissional

TRABALHO EM EQUIPE E EFETIVA COLABORAÇÃO COM OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q1 – O trabalho em equipe com outros profissionais ajuda-me a tornar-me um membro efetivo da equipe de saúde.					
Q2 – Para o trabalho em equipe os profissionais precisam da confiança e do respeito uns dos outros.					
Q3 - Em um trabalho de equipe as competências são essenciais para que todos os profissionais possam contribuir com os cuidados de saúde.					
Q4 – O trabalho em equipe ajuda-me a entender as minhas próprias limitações.					
Q5 – Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os profissionais trabalham em conjunto para resolver os problemas.					
Q6 – O trabalho em equipe interprofissional aumenta a minha vontade e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; **2 (C)** – Concordo; **3 (N)** – Neutro; **4 (D)** – Discordo; **5 (DF)** – Discordo Fortemente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q7 – O trabalho em equipe interprofissional melhora os relacionamentos durante a vida profissional.					
Q8 – Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.					
Q9 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com profissionais.					
Q10 – O trabalho em equipe ajuda-me a comunicar-me melhor com pacientes e com outros profissionais.					
Q11 – É bom ter a oportunidade de trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde.					
Q12 – O trabalho em equipe interprofissional contribui para clarear a natureza dos problemas dos pacientes.					
Q13 – A minha formação profissional durante a pós-graduação ajudou-me a tornar-me melhor para o trabalho em equipe.					
Q14 – Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo com outros profissionais da área da saúde.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; **2 (C)** – Concordo; **3 (N)** – Neutro; **4 (D)** – Discordo; **5 (DF)** – Discordo Fortemente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q15 – Não é benéfico para o cirurgião-dentista trabalhar junto com outros profissionais da área da saúde.					

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q18 – A função de profissionais de saúde não médicos refere-se essencialmente a proporcionar apoio para os médicos.					
Q19 – Há pouca sobreposição entre as minhas funções e a de outros profissionais da área da saúde					
Q20 – Sentir-me-ia desconfortável caso um outro profissional da área da saúde soubesse mais do que eu sobre um determinado tema.					
Q21 – Eu devo adquirir muito mais competências e conhecimentos do que outros profissionais da área da saúde.					
Q22 – Não tenho certeza de qual é o meu papel profissional na equipe de Saúde da Família.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; **2 (C)** – Concordo; **3 (N)** – Neutro; **4 (D)** – Discordo; **5 (DF)** – Discordo Fortemente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q23 – Na minha profissão sou capaz de utilizar o meu discernimento no desenvolvimento das minhas atividades (liberdade profissional).					
Q24 – No trabalho em equipe é indispensável a articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal.					

RESPONSABILIDADE SOBRE O DOENTE					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q25 – Atingir o diagnóstico será a principal função da equipe de Saúde da Família.					
Q26 – A minha principal responsabilidade na equipe de saúde será a de tratar o paciente.					
Q27 – Para compreender o problema a equipe deve colocar-se no lugar do paciente.					
Q28 – O estabelecimento da confiança com os pacientes é importante para o trabalho em equipe.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; 2 (C) – Concordo; 3 (N) – Neutro; 4 (D) – Discordo; 5 (DF) – Discordo Fortemente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q29 – A equipe deve tentar se comunicar-se com interesse pelos pacientes.					
Q30 – Para o tratamento odontológico é importante pensar no paciente como uma pessoa.					
Q31 – Na odontologia é importante que existam habilidades de interação e cooperação com os pacientes.					

CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL					
QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q32 – A estrutura física da unidade de saúde não possibilita o trabalho em equipe interprofissional.					
Q33 – A quantidade de pacientes que atendo diariamente impossibilita o contato profissional com os demais membros da minha equipe.					
Q34 – A falta de recursos humanos impede a equipe de desenvolver o trabalho interprofissional.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; 2 (C) – Concordo; 3 (N) – Neutro; 4 (D) – Discordo; 5 (DF) – Discordo Fortemente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS				
	1 (CF)	2 (C)	3 (N)	4 (D)	5 (DF)
Q35 – O acesso à unidade de saúde facilita o desenvolvimento de atividades interprofissionais.					
Q36 – Tenho um bom relacionamento com os demais membros da minha equipe o que facilita o trabalho interprofissional.					
Q37 – O excesso de população na área de abrangência da USF dificulta o processo de trabalho e planejamento das ações de saúde em equipe.					

ALTERNATIVAS: 1 (CF) – Concordo fortemente; **2 (C)** – Concordo; **3 (N)** – Neutro; **4 (D)** – Discordo; **5 (DF)** – Discordo Fortemente.

ANEXOS

**ANEXO A – PROTOCOLO DE ESTUDO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 06 de Dezembro de 2011

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Mirella Gonçalves C. Padula
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1430/11, intitulado: "Estudo Avaliativo do trabalho Interprofissional dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes da Estratégia Saúde da Família", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 05/12/2011, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

**ANEXO B – PROTOCOLO – CONSELHO MUNICIPAL DE AVALIAÇÃO EM
PESQUISA (COMAP)**



Prefeitura Municipal de Marília

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Ofício SS.10 nº 042

Marília, 09 de março de 2012.

Prezada Senhora,

Em atenção ao contido na solicitação datada de 16/11/11, Protocolada sob nº 566/11-SS, vimos pelo presente autorizar a realização da pesquisa intitulada: “**Estudo Avaliado do trabalho Interprofissional dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes da Estratégia da Saúde da Família**”, junto às USFs.

Na oportunidade, esclarecemos que só será permitida a pesquisa na Unidade de Saúde mediante a apresentação deste ofício de autorização, bem como a Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição de origem.

Solicitamos ainda, que após a coleta de dados, sejam encaminhados a este Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa – COMAP, os resultados obtidos.

Atenciosamente,

Dr. MARCOS ANTONIO GIROTTI
Coordenador do COMAP

DR. JÚLIO CEZAR ZORZETTO
Secretário Municipal da Saúde

À Sra. Mirella Gonçalves Caldeira Padula
DD. Cirurgiã-Dentista
MARÍLIA

JLR/brs