

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROLANDO GIOVANI

LAGOA SANTA
DEZEMBRO / 2011

ROLANDO GIOVANI

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**LAGOA SANTA.
DEZEMBRO / 2011.**

ROLANDO GIOVANI

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE EQUIPE DE
SAÚDE BUCAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

Dedico este trabalho à minha família, aos meus
filhos Guilherme e Giulia e à minha querida
esposa Marília, pelo companheirismo e apoio
incondicionais.

Agradeço a tutora do polo Lagoa Santa, Ana Carolina Diniz Oliveira pelo apoio e incentivo durante essa jornada. Aos colegas de curso pelos bons momentos vividos juntos e pela valorosa troca de experiências.

Ao orientador Bruno Sena por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conceitos e conhecimentos durante a execução e conclusão deste trabalho.

RESUMO

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para fundamentar as ações e reorganizar o processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando uma abordagem mais integral e resolutive. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi avaliar a participação e integração da Equipe de Saúde Bucal (ESB) dentro da ESF. As informações foram obtidas através de revisão de literatura incluindo artigos pertinentes ao assunto em questão entre 2004 e 2011, nas seguintes bases de dados: SCIELO, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora. Esta busca durou 6 meses (de novembro/2010 a Abril/2011) e foram encontrados 28 artigos relacionados ao tema escolhido. Após análise dos referidos artigos pôde-se constatar que há muitos entraves na integração ente ESB/ESF tais como formação acadêmica deficiente do Cirurgião-Dentista (CD) que integra a ESF, tendência ao alheamento e desinteresse da ESB em relação à ESF, dificuldade em lidar com levantamentos epidemiológicos e realizar planejamentos de ações de saúde para a população adscrita. O atraso na inserção da ESB no Programa Saúde da Família (PSF), a demanda reprimida de necessidades odontológicas e a rotatividade dos profissionais que integram a ESF também foram relatadas como fatores que dificultam planejamento e integração entre as equipes. A falta de insumos e logística para que a ESB desempenhe adequadamente as suas funções também foi constada. Por fim, pôde-se perceber que embora haja dificuldades na atuação e integração da ESB/ESF, o Cirurgião-Dentista que atua na ESF, de forma geral, não está qualificado a organizar o seu processo de trabalho. Em razão disso sua atuação é reativa ao dano, limita-se quase que exclusivamente, no atendimento da livre demanda. Desta forma limitando sua atuação em outras frentes como, por exemplo, em ações, proativas, de promoção de saúde coletivas.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal, Programa Saúde da Família, Integração, Trabalho em Equipe, Trabalho Multiprofissional, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade.

ABSTRACT

Multiprofessional team work is considered to be an important presupposition to justify actions and reorganize the process of work within Family Health Strategy (FHS), aiming at a more complete and resolute approach. In this sense the objective of this work was to evaluate the participation and integration of the Oral Health Team (OHT) in the FHS. The information was obtained through literature review including articles relevant to the subject in question between 2004 and 2011. The databases used were Scielo, Virtual Health Library (VHL), Google Scholar and Virtual Library of Platform Ágora. After consideration of these items it might be seen that there are many obstacles in the integration between OHT/FHS such as academic training deficient of Dental Surgeons (DS) that integrates the FHS, tendency of OHT to the alienation and complete indifference in integrate itself with the rest of the FHS, difficulty in dealing with epidemiological surveys and in fulfilling planning of actions which really attend to the demands of the enrolled population. The delay in the insertion of OHT in Family Health Program (FHP), the pent-up demand for dental needs and alternation of professionals who are part of the FHS were also reported as factors that hinder planning and integration between the teams. The lack of inputs and logistics to the OHT to perform their functions was also contained. Finally, it can be noticed that although there are difficulties in the operations and integration of the OHT/FHS there is also a tendency of adequacy increasingly striking to achieve a rapprochement between the actors involved, for compliance with the guidelines that outline the FHS.

Key words: Family Health Strategy, Oral Health Team, Family Health Program, Integration, Team Work, Multiprofessional Work, Interdisciplinarity and Intersectoriality.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS -	Atenção Primária em Saúde
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
ESB -	Equipes de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
MS -	Ministério da Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade Saúde da Família
CPO-d -	Dentes Cariados Perdidos e Obturados

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	10
2 – JUSTIFICATIVA	12
3 – OBJETIVO	13
4 – METODOLOGIA	14
5 – REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 - Formação acadêmica e o perfil do profissional que atua na ESF	15
5.2 - Dificuldades na organização do processo de trabalho da ESB dentro da ESF	18
5.3 – Integração/Interação entre ESB/ESF	23
5.4 - A importância da ESB dentro da ESF	27
5.5 - Propostas para superação das dificuldades, avanços e conquistas da ESB em relação a ESF	29
6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45

1 – INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para fundamentar as ações e reorganizar o processo de trabalho no âmbito Estratégia Saúde da Família (ESF), visando uma abordagem mais integral e resolutive. Isto pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem (BRASIL, 2001).

É dentro desses parâmetros que Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), foram publicadas após a III Conferência Nacional de Saúde Bucal em 2004. Elas têm como princípios norteadores da atenção à saúde bucal: a gestão participativa, a ética na prestação dos serviços, a ampliação do acesso aos serviços, o acolhimento da população e o estabelecimento do vínculo com o usuário e a responsabilidade profissional.

Desta forma o processo de trabalho definido estimula a interdisciplinaridade, o multiprofissionalíssimo, a integralidade da ação, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação na atenção, as condições de trabalho e os parâmetros de orientação do processo de trabalho (BRASIL, 2004). Todas essas proposições são reiteradas no Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal – (BRASIL, 2006) e têm como objetivo final a Integralidade da Atenção onde a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo, visando oferecer maior qualidade de vida à população.

Para tanto é necessário muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (BRASIL, 2006).

Historicamente, somente após ter decorrido entre seis e sete anos da existência do Programa Saúde da Família (PSF) é que a Equipe de Saúde Bucal

(ESB) foi incluída neste programa, através da portaria 1444 de 28 de Dezembro de 2000 e regulamentada pela portaria 267 de 06 de Março de 2001 que aprovava as normas e diretrizes desta inclusão. Por esta forma e por este retardo na inclusão, a Saúde Bucal não participou dos primeiros processos de estruturação e planejamento das ações da equipe de saúde, tornando esta inclusão difícil de ocorrer, efetivamente. A própria maneira com que tudo aconteceu, através da portaria ministerial reflete a total diferenciação discriminatória que foi dada à categoria odontológica, em relação às outras categorias, tais como número maior de pessoas a serem atendidos e baixos salários baixos. Ao que parece, a Odontologia somente teve a inclusão garantida nos documentos, mas não foi efetivada no processo de trabalho das várias equipes de saúde espalhadas pelo país (RODRIGUES *et al.*, 2009).

O fato da odontologia não estar presente desde o início do programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais correlacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal (BALDANI *et al.*, 2005).

Além dos prejuízos acima citados outras dificuldades podem ser destacadas na integração entre ESB e ESF. Estas se referem à formação acadêmica voltada para intervenções curativas, atuação de equipe-grupamento em detrimento da equipe-integração o que gera ações fragmentadas, tempo clínico despendido a intervenções no agudo em detrimento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, dificuldades no diagnóstico das necessidades da população adscrita e de se fazer levantamento epidemiológico são alguns fatores relevantes que minam os propósitos do trabalho em saúde bucal coletiva, sobretudo nos campos da interdisciplinaridade e do planejamento e da epidemiologia (FARIAS, 2009).

2 – JUSTIFICATIVA

Partindo do pressuposto de que a ESB, ainda hoje, não se encontra totalmente integrada aos preceitos da ESF um estudo, baseado em revisão da literatura, sobre esse assunto torna-se válido. Espera-se que, ao final, esse trabalho possa contribuir e provocar reflexões sobre dimensão do cuidado em uma equipe multiprofissional e sua contribuição para o processo de trabalho odontológico dentro da Estratégia da Saúde da Família.

3 – OBJETIVO

Avaliar a participação da ESB dentro da ESF e estabelecer uma relação eficaz e produtiva entre elas, trazendo benefícios para a população assistida.

4 – METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura que consiste na síntese de estudos publicados sobre o assunto em questão (Integração da Equipe de Saúde Bucal e Equipe Saúde da Família) oferecendo possibilidades de conclusões gerais a respeito do tema estudado.

O idioma pesquisado foi língua portuguesa. Foram encontrados artigos científicos publicados em periódicos entre os anos de 2004 e 2011. Após a leitura de 45 artigos encontrados, foram selecionados apenas 28 (os quais tiveram extrema importância em relação ao tema escolhido). A busca foi realizada em Bibliotecas Virtuais disponíveis na internet (SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Plataforma Ágora) e foram utilizadas as seguintes palavras chaves: *estratégia saúde da família, equipe saúde bucal, programa saúde da família, integração, trabalho em equipe, trabalho multiprofissional, interdisciplinaridade e intersetorialidade.*

5 – REVISÃO DA LITERATURA

5.1 – Formação acadêmica e o perfil do profissional que atua na ESF

O modelo de formação universitária em saúde, vigente no país, historicamente é definido por um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho da ESF. Além disso, os cursos de graduação de Odontologia não contêm, na grade curricular, o treinamento para o trabalho em equipe multiprofissional dificultando o estabelecimento das rotinas práticas nos serviços (CARVALHO *et al*, 2004).

Para Matos e Tomita (2004) os estudantes parecem essencialmente voltados para uma lógica de mercado e, em boa medida, distanciam-se de uma prática de saúde centrada na perspectiva do SUS. Com relação às entidades de ensino, os mesmos autores afirmam ainda que há aquelas que não vêm necessidade de mudanças curriculares tendo em vista que os alunos estão preparados para atender as necessidades da população de baixa renda e, desta forma, os estudantes têm informações escassas sobre a ESF. Contudo, há entidades de ensino que também mostram espaço para mudanças institucionais visando à adequação do currículo em direção às propostas da Lei de Diretrizes e Bases. Esse processo está em andamento e, em uma espécie de agenda em dois tempos, em que as transformações mostram resultados incipientes, pode-se antever na fala dos Estudantes uma concepção um pouco mais ampliada de Saúde Coletiva.

Sabidamente a formação acadêmica do Cirurgião-Dentista (CD) que atua na ESF tem grande influência no cotidiano de suas práticas que, de forma geral, está centrada na busca ou aceitação do tratamento restaurador em oposição ao tratamento cirúrgico na forma da extração do elemento dentário. Isto configura uma mudança considerada positiva, embora permaneça no campo da atenção clínica e interventiva. Desta forma, isso não vai ao encontro das requeridas mudanças em favor da ação de promoção da saúde. O atendimento agendado, em oposição ao atendimento por livre demanda, sem dúvida, também configura uma evolução, mas na medida em que é confrontada com o objetivo final da ESB ou da ESF observa-se que isso não agrega valor as propostas de integralidade da assistência em saúde (PADILHA *et al*, 2005).

Baldani *et al.* (2005) destaca a necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado para a ESF, posto que a metodologia de trabalho dos profissionais das equipes de saúde bucal, é fortemente influenciada, negativamente, em decorrência de sua própria formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica.

Também, Teixeira (2006) relata que a divisão do trabalho através de especialidades, que pouco se integram, é fruto de uma formação acadêmica que prioriza o tecnicismo e o biologismo que dificultam a integração multidisciplinar.

O perfil profissional voltado para a clínica é um aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, contudo há, também, a expectativa da comunidade, bem como, da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. Nota-se que a maioria dos CDs não possui especialização e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada à ESF. A participação em cursos de capacitação é pequena e os Cirurgiões-Dentistas, de modo geral, não foram capacitados suficientemente para trabalhar em saúde pública (equipe como um todo) Pinto (2008). Isso corrobora a ideia de que a falta de participação em cursos de capacitação está diretamente relacionada ao fato de que muitos desses profissionais encaram sua participação na ESF como uma atividade passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional (ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006).

Para Francischini, Moura e Chinellato (2008) o trabalho em equipe é um desafio e a maioria dos profissionais da saúde da família, aparentemente, mostra alguma dificuldade para trabalhar em equipe, parte dessa dificuldade possa aduzir no tipo de formação acadêmica e mesmo na educação pessoal, onde é enfatizado que cada um deve fazer sua parte bem feita e com dedicação.

Pinto (2008) verificou em sua pesquisa de campo que todos os profissionais (10 entrevistados) possuíam especialização e somente um entrevistado não possui formação voltada para a área de Saúde Pública. O autor aponta que esta qualificação profissional pode contribuir para o processo de mudança no modo de atuação do CD, entretanto, cabe lembrar, que esta qualificação não significa competência profissional para trabalhar na ESF. É preciso que a formação desse profissional seja direcionada para contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

A formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo também foi destacada por Lourenço *et al.* (2009).

Rodrigues *et al.* (2009) relataram que maioria dos dentistas, que trabalham na ESF de Feira de Santana (BA), afirmaram ter feito algum curso de pós-graduação, e destes 56% foi do tipo aperfeiçoamento, nas áreas de prótese, dentística ou endodontia. Assim, percebe-se que os CDs das ESBs ainda não identificam a necessidade de especialização na área de saúde pública. Isto pode explicar a forte prática curativista e técnico-centrada, as quais não favorecem o processo de trabalho nas equipes. Quanto aos cursos de capacitação, 68% dos dentistas fizeram na própria Unidade de Saúde da Família (USF) e os demais a realizaram fora, sendo, em sua maioria, promovidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde foi objeto de estudo de Moretti-Pires (2009). Os achados encontrados pelo autor foram de que apesar de os três grupos (enfermeiros, médicos e odontólogos) apresentarem que fazer saúde é agir além dos aspectos biomédicos, na complexidade do paciente, não mencionaram qualquer forma de operacionalizar este conceito. Outra confluência entre as três formações é a desconsideração dos conhecimentos próprios dos pacientes, discurso antagônico à relação horizontal na ESF, o que pode se dar em função da formação dos profissionais de saúde ainda se orientar por conceitos antropológicos hegemônicos da década de 1960, em que a cultura do outro - no caso o paciente - é tomada como um saber 'exótico' ou primitivo, com supervalorização do conhecimento biomédico. A autoridade do profissional de saúde sobre o paciente foi aludida por todos, se manifestando, na Enfermagem, como cuidado aos pacientes - fragilizados e que desconhecem como se curar; na Medicina, como postura prescritora de padrões e atitudes saudáveis aos pacientes - que não detém o conhecimento; e, na Odontologia no, discurso de culpabilidade do paciente - pelo desconhecimento sobre saúde bucal e na centralidade do odontólogo para restabelecê-la. Finalmente apontou-se o descompasso entre as formações de Ensino Superiores investigadas e a necessidade de atuação com percepção complexa do paciente nos serviços de atenção, podendo refletir a fragmentação dos saberes difundidos pela Universidade e fundamentação no modelo biomédico priorizando o ensino terapêutico, seja na Enfermagem, na Medicina ou na Odontologia.

A carência de qualificação dos profissionais envolvidos nas equipes da ESF foi constatada por Caldeira (2010), onde afirmou que os cirurgiões dentistas têm um perfil profissional voltado mais para clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica e reforçado pela própria expectativa da comunidade, bem como pela gestão do serviço, todos preocupados em priorizar o atendimento clínico. Somado a isso a formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal não contempla ainda estas questões, ou contempla-as apenas de forma pontual e isolada. Este fato se reflete em falta de preparo para o trabalho em equipe, para o olhar interdisciplinar e para a vivência do paradigma de promoção de saúde.

5.2 – Dificuldades na organização do processo de trabalho da ESB dentro da ESF

A incorporação tardia na ESF impôs à ESB a adequação da dinâmica de trabalho já implantada. Se de um lado isto tenha gerado dificuldade, de outro possibilitou uma aproximação entre as duas equipes tendo em vista que as apropriações das informações já levantadas pela ESF serviram de referência para o início das ações da ESB. Na proposta inicial da ESF, uma ESB poderia estar vinculada ao território de mais de uma Equipe de Saúde da Família, dificultando a integração dessas equipes, correndo o risco de dividir a ESF. Além disso, outro desafio seria a pressão de uma demanda reprimida maior do que a capacidade dos serviços, o que inviabiliza do vínculo com a população adscrita e a impossibilidade de executar um trabalho planejado alinhado com as diretrizes do SUS (CARVALHO *et al.*, 2004).

Alguns CDs que atuam na ESF do Estado da Paraíba afirmaram, na avaliação conduzida por Padilha *et al.* (2005), que a ausência de reclamações, por parte dos usuários, indica o bom funcionamento da equipe. Porém, segundo os autores, a precariedade e a limitação desta forma de avaliação podem ser facilmente verificadas, pois, quando associada a determinadas características da demanda, a ausência de reclamação pode significar que a ESB está trabalhando totalmente fora dos princípios da proposta da ESF. O atendimento agendado, em oposição ao atendimento por livre demanda, sem dúvida, configura uma evolução no processo de trabalho, contudo fixar-se somente nessa prática foge ao objetivo final da ESB, revelando assim a precariedade do processo de planejamento e programação. Foram encontradas

também algumas propostas consistentes, baseadas na estrutura da família, no diagnóstico epidemiológico e no risco social. Entretanto, as equipes não conseguem determinar se o seu trabalho está causando um impacto favorável sobre a situação de saúde da população acompanhada. Fica patente a necessidade do aprimoramento dos instrumentos de acompanhamento das ações dos profissionais. As propostas existentes não se configuram em metas objetivas, assim, os profissionais realizam suas atividades de atendimento sem que possam refletir sobre parâmetros para avançar no desenvolvimento das suas ações.

Para Silva e Trade (2005) o planejamento das ações concentra-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. Neste sentido pode-se inferir que as decisões no processo de trabalho não são partilhadas por todos. Entretanto, na equipe investigada pelos autores, evidenciou-se também a articulação entre as ações no âmbito do processo de trabalho, que refletiram no interesse em conhecer o trabalho do outro, o que consideraram um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação do trabalho. Outros fatores que também podem ser considerados restritivos à organização do trabalho, articulação efetiva entre as ações desenvolvidas e a interação entre os agentes foram: a pressão interna decorrente do número de famílias cadastradas serem quase o dobro do preconizado pelo MS; a pressão externa por parte da coordenação municipal; grande número de atividades que foram sendo absorvidas por cada profissional.

A experiência da ESF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas pela ESB e de criar outro modo de produzir saúde. O que se vê é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas. Nos discursos dos participantes durante entrevista feita por Araújo e Dimenstein (2006), não se observa o cumprimento da carga horária preconizada pelo MS. Apontou-se, ainda, a falta de compromisso do profissional com seu trabalho e de controle do gestor sobre isso. As atividades básicas que são desenvolvidas no cotidiano são apenas a dentística, periodontia básica e cirurgia simples. As atividades preventivas e educativas, são realizadas da maneira tradicional, em forma de palestras e aplicação de flúor. Nenhum outro tipo de ação ou recurso foi detectado nas falas dos participantes, demonstrando o limitado arsenal com que trabalham.

Santos e Assis (2006) verificaram que a clínica apresentou-se com limites em sua conduta terapêutica e de organização, necessitando reformulações que permitam a sua ampliação. Também o estabelecimento da rede de relações e do vínculo, dos

diferentes sujeitos que protagonizam a prática de saúde bucal, estão organizados através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. Desta forma a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade).

Situações contraditórias foram observadas no estudo conduzido por Vilarinho, Mendes e Prado (2007) onde a maioria dos CDs (84,95%) respondeu que conheciam a saúde bucal de sua área de atuação, no entanto, 87,61% destes profissionais se contradisseram afirmando não conhecer o Índice de Dentes Perdidos e Obturados (CPO-D) da população adscrita, sendo o conhecimento deste índice importante para se avaliar a situação de saúde bucal de uma população e, permitir o planejamento de ações a serem desenvolvidas pela ESB. A demanda reprimida afetando o planejamento de ações e integração da ESB/ESF também foi constada pelos autores. Entre outros achados relataram que a filosofia do PSF foi parcialmente seguida em relação ao diagnóstico situacional das famílias no momento inicial da introdução dos CDs na equipe do PSF e que a existência de grande demanda reprimida necessidades acumuladas, entre outros motivos, impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, e desta forma predominam os procedimentos curativos.

As dificuldades de as ESBs trabalharem na ESF são reflexos do modelo de saúde vigente, cirúrgico e mutilador. As práticas apresentadas pelos CDs entrevistados por Maciel *et al.* (2007), ainda estão distantes do caráter substitutivo, visto que grande parte do atendimento é voltado para demandas mutiladoras (exodontias). As ações dos profissionais com os pacientes, muitas vezes, não são adequadamente interpretadas pela população como atividade importante na promoção da saúde bucal, há queixa da população, segundo o que as ações promocionais de são perda de tempo. Em síntese o que se observou foi que a promoção e educação em saúde são realizadas, mas de forma fragmentada.

Chaves e Miranda (2008) apontaram que no aspecto organizativo da demanda e atendimento dos serviços odontológicos, preponderou a queixa de desorganização e do excesso de demanda espontânea. Esta somada ao trabalho repetitivo e o excesso de atendimentos clínicos, curativos individuais, foram frequentemente citados como os

mais relevantes dos problemas organizativos na ESF, associados, geralmente, ao desgaste pessoal dos CDs o que compromete a qualidade de seus serviços.

A preocupação com a integralidade da atenção à saúde foi destacada pelos entrevistados na pesquisa conduzida por Pinto (2008). Somando-se a isso a educação permanente dos profissionais, o conhecimento da realidade local, a educação em saúde e o colhimento foram assinalados como quesitos importantes para o estabelecimento de vínculo com a população, planejamento e organização do processo de trabalho. Entretanto, os CDs entrevistados perceberam a questão da educação em saúde como verticalizada, convergindo até para uma educação autoritária. Pôde-se observar que isso deve ao fato de se tomar o usuário como objeto de uma prática educativa que não leva em consideração o saber popular em saúde.

Pinto (2008) também afirmou que apesar do esforço realizado para a mudança de hábito, não se consegue obter o impacto desejado. E os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado. Mas o referido autor salientou também que os CDs possuem uma dificuldade em como fazer educação em saúde da forma correta.

A demanda excessiva que toma grande parte do tempo das ESB também foi relatada por Lourenço *et al.* (2009) como sendo fator de limitação na organização do processo de trabalho e da sua integração com os demais profissionais da ESF.

Na pesquisa desenvolvida por Farias (2009) pôde-se observar que o planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde, praticamente inexistia, o que acarretou o desenvolvimento de ações voltadas principalmente ao atendimento da demanda livre. As ações eram planejadas sem discussão com todos os membros da equipe, ou seja, não partiram da equipe, mas de normas definidas pela gestão, que, apesar de assumir a cogestão como modo de gerência, continua impondo as diretrizes às equipes de forma vertical. Outras constatações feitas pelo autor foram de que em Fortaleza, existe um modelo de saúde híbrido de organização do serviço, combinando o formato tradicional de práticas baseadas no modelo flexneriano, com novos modos de atenção. Têm-se, em várias unidades de saúde, profissionais atuando pautados pelas diretrizes do PSF, planejando ações para promoção e prevenção da saúde da clientela adscrita, enquanto que, no mesmo espaço físico, existem outros profissionais atuando estritamente na clínica clássica, realizando essencialmente atividades curativas, para atender demanda livre, sem integração entre eles. Ao analisar o

trabalho das ESB, percebeu-se que, apesar da reorganização do trabalho, voltado ao desenvolvimento de ações coletivas preventivas e de educação em saúde, o que propiciou melhorias dos dados epidemiológicos de saúde bucal, a pesquisa mostrou que ainda persiste a prática fragmentada, centrada na clínica clássica, no procedimento individual e restrito ao consultório.

Para Rodrigues *et al.* (2009) devido ao atraso na inclusão da ESB na ESF, a saúde bucal não participou dos primeiros processos de estruturação e planejamento das ações da equipe de saúde, tornando esta inclusão difícil de ocorrer, efetivamente. A própria maneira com que tudo aconteceu, através da portaria ministerial, reflete a total diferenciação discriminatória que foi dada à categoria odontológica, em relação às outras categorias, tais como número maior de pessoas a serem atendidos e baixos salários.

Ainda de acordo com Rodrigues *et al.* (2009) a Odontologia somente teve a inclusão garantida nos documentos, mas não foi efetivada no processo de trabalho das várias equipes de saúde espalhadas pelo país. Em vista destas dificuldades, percebe-se que há um modelo de planejamento híbrido posto que todos os CDs, observados nesta pesquisa, realizam algumas atividades relacionadas à educação em saúde abordando temas específicos de saúde bucal e gerais como diabetes, hipertensão arterial, dieta e gestação. No entanto os CDs não realizam levantamento epidemiológico e utiliza principalmente a condição de saúde bucal do usuário como referência das necessidades odontológicas da microárea em que estão locados, caracterizando um limite na identificação dos problemas bucais da população. Em relação à demanda das pessoas atendidas pela ESB, a pesquisa revela que 76% dos entrevistados afirmaram que ela é organizada, o que facilita o atendimento e gera resultados satisfatórios. Entretanto os mesmos autores afirmam que essas informações não refletem a realidade, uma vez que os profissionais desconhecem o quadro de necessidades da comunidade posto que realizam atendimento de acordo com a queixa e o problema apresentado individualmente além disso, a existência de grande demanda reprimida impede que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Cruz *et al.* (2009), também através de pesquisa qualitativa, destacaram que à utilização de investigações epidemiológicas no cotidiano dos serviços buscando o estabelecimento de prioridades e processos avaliativos que são quesitos importantes no suporte ao planejamento e organização do processo de trabalho. Procurando

conexão com essa linha de conduta, verificaram que 44,4% dos CDs não haviam realizado nenhum tipo de estudo epidemiológico nos últimos 12 meses e ainda, somente 42,6% fizeram apenas um tipo de estudo, em geral estudos realizados em ambiente escolar e sem base populacional.

5.3 – Integração/Interação entre ESB/ESF

Carvalho *et al.* (2004) verificaram que, em um levantamento feito pelo Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul, apenas 27% das ESB participaram de reuniões de planejamento em conjunto com a ESF, 12% participaram somente quando tratados assuntos de saúde bucal, e 57% não participaram.

Na pesquisa realizada por Silva e Trade (2005) o trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do PSF, visando uma abordagem mais integral e resolutiva. Isto pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem.

No estudo de Baldani *et al.* (2005), ficou evidenciado que 87,6% dos dentistas relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da equipe de saúde da família. Entretanto quando esses dados foram confrontados com outros vieses contidos na pesquisa verificou-se que na realidade essa aproximação é pequena, posto que apenas 12,4% desses relatam reuniões semanais com toda a equipe (ESB/ESF), 42,9% relatam reuniões mensais e 25,7% realizam reuniões esporádicas. Outra informação que pode indicar a pequena aproximação entre as equipes é o fato de que apenas 29,5% das unidades de saúde da família utilizam prontuários únicos para os pacientes

Para Teixeira (2006) o modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente está inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Isto reforça a tese de divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco se interagem e trazem pouco benefício para os propósitos da saúde coletiva. Destaca ainda que a especificidade da

Odontologia é muito importante e necessária, desde que inserida em um campo comum às várias profissões.

A pesquisa de Santos e Assis (2006) revelou que no quesito integração ESB/ESF, os depoimentos coincidiram com as observações, revelando o quão distante os entrevistados estavam de práticas interdisciplinares. Os trabalhadores têm uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área, o que serve de justificção para a fragmentação do corpo. Este, por sua vez, deve ser mediado por profissionais distintos, cada um com o seu papel definido. Sendo assim, ainda que compartilhem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, ocasionando um desencontro dos saberes.

Para Maciel *et al.* (2007) as equipes de saúde bucal parecem ser um mundo à parte, apenas convivendo no mesmo espaço. Não se percebe interdisciplinaridade nos discursos, na troca real de informações e complementariedade no atendimento à população. As reuniões, onde se poderia construir o projeto comum de atendimento, parecem estar servindo apenas de espaço de discussão para questões gerenciais. As equipes se comportam muito mais como equipes agrupamento do que como equipes interdisciplinares.

Souza e Roncalli (2007) com relação a integração das equipes quem compõem a ESF, observaram alguns avanços mais significativos, principalmente com relação à questão da intersetorialidade. Contudo, apontam que o trabalho de caráter multidisciplinar é tratado sem que os profissionais estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico.

O recorrente tema da dificuldade de integração no trabalho em equipes da ESF foi abordado por Chaves e Miranda (2008). Neste quesito, afirmaram que a relação entre os membros da ESF se restringem, na maior parte das vezes, ao encaminhamento de casos. Alguns reiteraram que tal dificuldade de integração deveu-se a uma “tradição” de insulamento profissional dos cirurgiões-dentistas e de suas práticas de trabalho em consultório. Para outros, a imagem dos cirurgiões-dentistas seria mais “estigmatizada”, estando ligada às práticas curativas, como extrações e obturações de dente, o que contribuiria para certo “isolamento” dos cirurgiões-dentistas em relação aos outros profissionais da ESF. Um dos entrevistados ressaltou que a utilização de sistemas de registros específicos e separados dificultaria ainda mais o intercâmbio de informações clínicas e a integração entre as equipes do PSF. Outro aspecto ressaltado foi o desgaste presente nas relações entre os profissionais

de nível superior que atuavam na ESF, inclusive entre os próprios CDs, em razão de desconfiças e disputas internas. Houve uma interpretação de que as diferenças salariais entre os profissionais de nível superior que trabalham conjuntamente na ESF, notadamente entre os médicos e outros profissionais, realçariam as dificuldades de integração no trabalho em equipe e estimulariam atitudes de competitividade, ao invés de cooperação mútua. Foram recorrentes os relatos de incompreensão, inconformidade e desestímulo em relação à diferença de ganhos salariais entre os cirurgiões-dentistas e os médicos e enfermeiros da ESF. Alguns alegaram que as atividades cotidianas do trabalho odontológico na ESF exigiam um desgaste físico e mental equivalente ou maior do que aqueles do trabalho de médicos e enfermeiros.

Na investigação realizada por Pinto (2008) evidenciou-se a tipologia do trabalho em equipe em duas modalidades: "equipe agrupamento" e "equipe integração". Em ambas estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses trabalhos, as tensões entre as diversas concepções, bem como quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. Ficou evidente que os entrevistados abordaram o trabalho do CD como isolado, ou seja, o modo de trabalho do cirurgião dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. O que emergiu dos entrevistados foi a falta de um "projeto assistencial comum" para desenvolver o trabalho em equipe, pois havia uma predominância da noção de "autonomia plena", que é característica do trabalho em equipe do tipo agrupamento.

Salientou-se que os aspectos relativos à comunicação também emergiram da fala dos dentistas. Neste quesito, a pesquisa de Pinto (2008) revelou que a questão do trabalho em equipe se restringe apenas ao respaldo dos demais profissionais da equipe, ou seja, uma comunicação externa ao trabalho. Ficou evidenciado também um segundo tipo de comunicação, a "comunicação de caráter estritamente profissional", onde os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Embora haja certa forma de comunicação, nesse caso, também não há agir-comunicativo.

Investigando a integração entre ESB/ESF, Lourenço *et al.* (2009) constataram que as equipes (76,2%) afirmaram que existia integração entre os membros destas

equipes. No entanto, 54% responderam realizar reuniões periódicas (semanais, quinzenais e mensais), enquanto 34,9% realizavam reuniões esporádicas e 11,2% nunca as realizavam. Além disso, 69% (192) responderam que não utilizavam prontuários únicos para as ESB e ESF. Ao colocar a saúde bucal na proposta de atuação multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas. Assim, pôde-se observar que, embora houvesse um contato entre os profissionais, não se podia classificar este de interdisciplinaridade e/ou multiprofissionalismo.

Apesar dos esforços, as equipes ainda se encontram em um processo de integração incipiente, visto que a permanência de problemas estruturais obstaculiza o trabalho interdisciplinar e integral. Os profissionais, por sua vez, ainda não conseguiram ultrapassar o conceito de equipe/agrupamento para o conceito de equipe-integração, pois, como verificado, ainda ocorre justaposição de ações fragmentadas ao invés de ocorrer trocas efetivas de saberes no momento de atendimento do usuário. Os profissionais acreditam estar desenvolvendo ações integradas porque realizam encaminhamentos entre si, principalmente de grupos de risco, ou por estar formulando grupos, muitas vezes sem a efetiva participação de toda a equipe. Dessa forma, acomodam-se e não procuram, em suas práticas, planejar as ações e, muito menos, discutir interdisciplinarmente o projeto assistencial comum (FARIAS, 2009).

Para Cruz *et al.* (2009) ficou clara a não concordância por parte de 50% dos profissionais da ESB quanto à integração com outros profissionais de diferentes áreas do conhecimento dentro da Unidade de Saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, entre outros). Em relação ao investimento na formação de vínculo entre profissionais e/ou equipe com a comunidade, avaliou se que o nível de envolvimento das ESB com as famílias de maior risco vai além da atuação estrita em Odontologia e do setor saúde. Com relação à participação dos profissionais da equipe nas reuniões do Conselho Local de Saúde, verificou-se que 78,7% dos profissionais compareceram às mesmas, sendo que 64,3% o fizeram em 3 ou mais vezes nos últimos 12 meses, sem haver diferença entre os integrantes por categoria profissional.

Na pesquisa desenvolvida por Moretti-Pires (2009) constatou-se que os acadêmicos de Enfermagem apontaram constante batalha pela valorização e para se firmarem perante as demais profissões de saúde, o médico prevaleceu como figura central do trabalho em saúde para os acadêmicos de Medicina, enquanto os de Odontologia discorreram superficialmente, agregando os diversos profissionais em um mesmo local. Estas perspectivas são contraditórias com os princípios do trabalho efetivo em equipe, caracterizado pela interdisciplinaridade com visão crítico-social, técnica, intersubjetiva, dialógica e com o respeito ao outro, em que um profissional de saúde deve tanto se articular aos demais como promover articulação intersetorial. A postura autoritária permeou os discursos, não apenas com relação ao paciente, mas também com a equipe, na qual o enfermeiro percebe-se como líder nas questões da gestão, o médico percebe centralidade e status frente aos demais profissionais por seu conhecimento, que julga ser maior que o dos demais. Sobre a relação entre Odontologia e as demais profissões do trabalho em equipe, houve certo silêncio nos discursos. Estas perspectivas desconsideram que a construção de um projeto comum na ESF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe.

Monteiro (2010) apontou que a constante troca de profissionais da saúde bucal nas ESFs, por remanejamento ou desistência, criação de vínculo com o serviço e a comunidade. Esses aspectos interferem no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que o cirurgião dentista estabelece com o seu trabalho e com a comunidade.

5.4 – A importância da ESB dentro da ESF

Padilha *et al.* (2005) constaram, com relação à avaliação do desempenho das atividades dos profissionais de saúde bucal, a deficiência de instrumentos apropriados, visto que os sistemas de informação mais utilizados não possibilitam uma adequada análise do resultado alcançado com as ações. Em virtude disso, o único dado específico da saúde bucal é o procedimento odontológico coletivo, podendo ainda, ser registrados atendimentos em grupo de educação em saúde e visita domiciliar, estas últimas sendo atribuições que podem ser desempenhadas por toda a equipe. Outro

aspecto da avaliação dos profissionais evidenciado neste estudo foi o pouco retorno que é dado para informações que chegam do nível central para os profissionais responsáveis pela assistência. Não há retroalimentação de informações que permita às equipes o acompanhamento do seu desempenho durante o tempo.

Araújo e Dimenstein (2006) observaram que a precarização das ofertas e condições de trabalho para o CD tem impulsionado este profissional a buscar alternativas de trabalho, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. São raros aqueles que fazem opção pelo trabalho na ESF, por sua filosofia e proposta de atenção à saúde.

Dentre as ações integradas e hierarquizadas em Odontologia, é necessária a instituição de rede de atenção secundária em articulação com as unidades de saúde do município. Isto é se torna possível pela implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que realizam os procedimentos de complexidade maior, não atendidos pela ESB, por exemplo, tratamento de canal. Entretanto, nem todos os municípios de Fortaleza têm implantados os CEOs, o que prejudica a lógica do atendimento, e, mesmo nos que já os têm implantados, a demanda é grande o que trás dificuldades para as ESBs trabalharem no PSF (MACIEL *et al.*, 2007).

Nessa mesma direção, Vilarinho, Mendes e Prado (2007) afirmam que os CDs não têm um conhecimento minucioso sobre a resolução dos problemas encaminhados para os serviços de referência.

Em relação ao encaminhamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, Souza e Roncalli (2007) verificaram que dos 25 dentistas incluídos nesta pesquisa, 14 afirmam que não existe encaminhamento dos pacientes e 8 dizem que este existe, porém não funciona ou funciona de maneira irregular e insatisfatória. No desenvolvimento de ações intersetoriais, nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) do total de 44 entrevistados, 40 (91%) afirmam realizar ações que integrem a saúde bucal sendo que as atividades intersetoriais mais citadas se referem às ações de educação e prevenção em saúde bucal desenvolvidas na comunidade ou nas escolas.

Cruz *et al.* (2009) avaliaram a qualidade do acesso dos pacientes aos níveis de maior complexidade da atenção, sejam eles serviços especializados ou Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e verificou-se que 79,3% dos CDs responderam que

mais de 51% dos pacientes tiveram dificuldade de acesso a serviço especializado, com espera de aproximadamente três meses após referência ao mesmo.

5.5 – Propostas para superação das dificuldades, avanços e conquistas da ESB em relação à ESF.

Carvalho *et al.* (2004) propuseram que uma forma de aproximação entre as duas equipes poderia se dar a partir do acolhimento dos usuários como forma de organização do processo de trabalho, considerando-se que, a partir de sua implementação, pudessem ser otimizadas as capacidades produtivas da equipe multiprofissional. Outra vantagem do acolhimento ainda segundo Carvalho *et al.* (2004) é que, aliado ao vínculo do profissional com a população, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na unidade de saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentado e saindo da lógica da agenda/consulta para outra a de responsabilização da equipe multiprofissional pela saúde da população. Entretanto, ficou claro para os autores que o grande desafio é a incorporação dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas a esse processo a ponto de causar impacto na solução dos problemas de saúde da população, o que dificulta a quebra da verticalidade de organização do trabalho na unidade. Os autores ainda destacam que a abordagem do processo saúde-doença não pode ser enfrentada sob uma perspectiva unissetorial, sendo importante a quebra de barreiras de comunicação entre os diferentes setores da sociedade. Ações isoladas ou justapostas acabam por não conseguir solucionar os problemas da sociedade pela ineficiência operacional. Pode-se constatar que qualquer mudança no modelo de assistência pública de saúde bucal só tem possibilidade de ser alcançada se houver clara vontade política de mudança e de reformulação, com ações odontológicas articuladas à saúde geral e através de ações intersetoriais.

Quanto aos aspectos favoráveis à construção do projeto comum na equipe investigada, Silva e Trade (2005) observaram que houve flexibilização da divisão do trabalho, uma vez que, além das ações específicas os profissionais, também participaram de ações comuns a outros membros da equipe. Também a partilha de decisões de problemas relacionados à dinâmica da unidade foi notada. Com base nos

dados apresentados, as autoras afirmaram que a construção de um projeto comum ainda é um desafio para a equipe investigada, uma vez que, de modo geral, ainda há uma sobreposição da razão instrumental e estratégica nas situações em que deveria predominar a razão comunicativa. Finalmente reconheceram que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe.

A utilização de conceitos da Escola Argentina de Grupos Operativos, foram propostos por Fortuna *et al.* (2005) com o intuito de auxiliar os trabalhadores de saúde a operar como equipe. Nas equipes, teriam tarefas visíveis (faladas) e invisíveis (não ditas), que se modificam e que precisam ser combinadas e conhecidas. A comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o “clima”, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe, as relações de poder, poderiam ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe. A conclusão que chegaram após abordar os vários conceitos citados foi de que a equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente desestruturação/reestruturação. As autoras apostam na possibilidade de crescimento e construção das equipes se houver disponibilidade para trabalhar seus processos grupais, ou seja, pensar conjuntamente sobre os aspectos abordados: a tarefa, a finalidade do trabalho, a imagem do outro, a forma como tem se dado a comunicação, como está o clima, a aprendizagem, a afiliação, pertencimento, a pertinência no grupo e a distribuição dos poderes. Finalmente elas acreditam que a existência de um supervisor possa ajudar, e aqui não estão falando de chefes ou de gerentes, mas de alguém fora da equipe, capaz de auxiliá-la a conversar, e ir, por si mesma, encontrando suas respostas num movimento que nunca termina, e acrescenta infindavelmente, tanto para as pessoas individualmente como para a própria equipe.

Teixeira (2006) aponta que é no trabalho em equipe que existe a possibilidade da troca e do projeto em comum das diversas áreas profissionais envolvidas. Destaca ainda que a especificidade da odontologia é muito importante e necessária, desde que inserida em um campo comum às várias profissões. Ressalta ainda que é o acordo que possibilita o trabalho em equipe em um dado contexto e cotidiano, desde que o dentista não reproduza uma prática isolada, mas passe a atuar em uma perspectiva interdisciplinar, que pressupõe um fator de transformação e de mudança social. Desse modo, existe a possibilidade de inserção nesse campo, no qual entra a produção de vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização. Com isso, o trabalho em equipe

passa a ser uma forma de multiplicar essa lógica do cuidado nas diferentes áreas profissionais, reconstituindo e alimentando cotidianamente o olhar que cada profissional tem sobre sua prática, o que vale inclusive para as práticas de saúde bucal.

O estudo de Wimmer e Figueiredo (2006) propõe ações coletivas como estratégias indispensáveis para a melhora da qualidade de vida visto que possibilitam: 1) uma abordagem transdisciplinar dos saberes baseada no confronto, na reconstrução e na articulação das diferentes especialidades dos atores envolvidos, das realidades e organizações dos setores cujas ações tenham impacto nas condições de vida da população; 2) práticas intersetoriais, que possibilitam uma maior integralidade de atuação de diferentes setores que se complementam e interagem para uma abordagem mais complexa dos problemas da saúde; 3) autonomia dos sujeitos e mobilização popular, com o empoderamento do direito à vida com qualidade e a partir de uma participação mais ativa no diagnóstico de problemas e na geração de iniciativas – inclusive políticas para enfrentamento e resolução.

Araújo e Dimenstein (2006) apontam que há necessidade de motivação dos atores envolvidos no processo saúde/doença, conclamando-os a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas.

Os entraves e possibilidades vividos pela equipe de saúde na articulação da estratégia saúde da família foi alvo de levantamento bibliográfico realizado por Araújo e Rocha (2007). Os autores ponderam que o trabalho em equipe, no contexto do PSF, ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. Destacam também que concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Apontam que importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso indica a possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação.

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa interrelação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe e desta

forma, deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Sendo assim, essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. Assinalam que a mudança nas relações de trabalho não acontecerá de maneira rápida, os profissionais que compõem as equipes vêm de uma prática na qual predomina o poder do nível superior sobre o nível médio, da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecida entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de status de algumas profissões sobre outras, garantindo posições de liderança na equipe. Dessa forma, se faz necessário redefinir no cotidiano das Unidades de Saúde da Família, as responsabilidades e competências dos integrantes da equipe de saúde, sem esquecer os pontos de interseção entre as disciplinas.

Ainda conforme Araújo e Rocha (2007) a forma como as pessoas vivem seus problemas no interior dos serviços implica o estabelecimento de canais de interação. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico. Nessa realidade, os profissionais de saúde desenvolvem o trabalho com relativa autonomia, mas com subordinação ao fazer do médico, ao contrário do que acontece na ESF, em que as relações de poder se enfraquecem quando se prioriza a escuta. A ação comunicativa é contrária a qualquer tipo de repressão dos direitos à liberdade do sujeito. Torna-se essencial que os profissionais se relacionem em um ambiente livre de coações, para que juntos se comuniquem, estabelecendo interação, possibilitando assim a construção de um novo modelo de saúde.

Para Francischini, Moura e Chinellato (2008), apesar de cada membro da equipe de saúde da família possuir uma especialidade, coloca-se a possibilidade do trabalho multidisciplinar. Convidam à reflexão sobre requisitos importantes para que cada participante, que com sua especificidade, possa, dentro da sua área de atuação, ter objetivos que não contrariem os objetivos da equipe, aumentando assim a efetividade das ações executadas por seus componentes. Destacaram a importância

de um projeto coletivo, onde a atenção da equipe deve estar centrada na produção de cuidados e não procedimentos. Concluíram que o trabalho em equipe é um desafio e que a maioria dos profissionais da saúde da família aparentemente mostra alguma dificuldade para trabalhar em equipe, o que nos leva a pensar que parte dessa dificuldade possa aduzir no tipo de formação acadêmica e mesmo na educação pessoal, onde é enfatizado que cada um deve fazer sua parte bem feita e com dedicação.

Pinto (2008) salientou que, ao CD competente, implica os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tomando-se corresponsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais. Acredita-se que para que o profissional possa ter compromisso e responsabilização ele precisa estar motivado e inserido no contexto do processo de educação permanente, ou seja, estar sempre atualizado e ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprendendo a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

O autor acima ainda salientou ainda que para haver uma mudança efetiva nos padrões de saúde bucal da população, a odontologia precisa integrar-se com outras áreas do desenvolvimento humano e que o trabalho em equipe contribui de forma efetiva para o cotidiano da odontologia dentro da Atenção Primária em Saúde (APS). O trabalho em equipe na Saúde da Família surge, então, como estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços e que para isso requer a compreensão dos vários setores da saúde para lidar com a complexidade da APS. Demonstrou-se com esta investigação, a importância da implementação de esforços focados no trabalho em equipe na ESF e nas competências profissionais para os integrantes do núcleo de saúde bucal, especificamente o CD. Além disso, as Instituições de Serviço e de Ensino precisam canalizar esforços em busca de fortalecer os compromissos sociais e políticos mais relevantes para a categoria odontológica.

A atuação da ESB não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser, e se sentir, parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passa a ser uma responsabilidade compartilhada (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Cruz *et al.* (2009) consideram que a inclusão de outras categorias profissionais ligadas à área social, como por exemplo, o assistente social, o psicólogo, entre outros, pode levar ao enfrentamento mais eficaz dos problemas vivenciados pelos usuários do serviço.

O sucesso da ESF depende, antes de tudo, de uma mudança na atitude dos profissionais de Saúde Bucal que atuam na Atenção Básica. Apesar das dificuldades, há mudanças positivas importantes ocorrendo na saúde pública bucal através da inserção da odontologia na ESF. Existem ainda muitos obstáculos a serem transpostos para a maximização dos serviços odontológicos na ESF, visando o progresso da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população. Não há dúvida, porém, que a ESF é um ótimo caminho para que isso aconteça (CALDEIRA, 2010).

Para que se desenvolvam as competências comuns, essenciais para o bom desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, Monteiro (2010) propôs que deve haver um movimento da equipe no sentido de buscar o conhecimento sobre o papel do CD no PSF. E a via contrária também deve ser feita. O CD deve-se apropriar de outros conhecimentos, além dos eminentemente técnicos, e socializar os seus, para buscar maior inserção na equipe da qual faz parte, e dela não ser apenas um apêndice. No entanto, dificuldades maiores, e de pouca governabilidade da equipe, existem. A maior questão é a forma desproporcional de inserção de ESB no PSF. Somando-se a isso a ideia de alguns profissionais, que trazem em sua bagagem cultural e de vivência do modelo hegemônico a crença de que a odontologia é um tipo de atenção

complementar, e não parte integrante da atenção em saúde, a inserção do CD se torna mais difícil.

Outro desafio, segundo Monteiro (2010) é vencer essa mesma cultura no imaginário do público usuário da ESF: “Para que serve um dentista na unidade senão para resolver a minha dor de dente?”. Ainda há um longo caminho a percorrer até pender-se a balança promoção/prevenção x tratamento curativo/restaurador para o lado que desejado. No entanto, percebeu-se que há algo diferente. Já existe a discussão, a vontade e a reflexão. Apesar de todas as dificuldades, no local dessa pesquisa, havia profissionais conscientes de seu papel enquanto trabalhadores do SUS. São pessoas que mostram vontade de adquirir conhecimento e conquistar seu espaço nas equipes.

Pinto (2008) afirmou ainda que as políticas públicas em saúde bucal têm sido propostas com mais intensidade nos últimos anos. No entanto, há um atraso com relação às políticas de saúde como um todo, como é o caso das ESBs na ESF. Os profissionais da odontologia, não só os CDs, mas também os auxiliares e técnicos em saúde bucal, devem buscar fomentar discussões no intuito de buscar uma adequação mais rápida dessas políticas. Além de estarem cientes de suas atribuições na estratégia e buscar sua inserção junto às equipes, devem se fazer representar em fóruns de discussão das políticas, como as reuniões dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, cobrando também dos órgãos de classe (conselhos, associações e sindicatos) maior presença nesses espaços. Talvez nos primeiros dez anos da década atual, a odontologia tenha conquistado muito mais do que em todo o século passado. Neste ponto o autor não fala de conquistas trabalhistas ou políticas, mas da conquista da cidadania da profissão, através da ampliação do acesso a seus serviços para a população. Segundo ele, o caminho ainda é longo, mas ao que parece a odontologia está no rumo. O autor conclui que o sucesso da ESF depende, antes de tudo, de uma mudança na atitude dos profissionais de Saúde Bucal que atuem na Atenção Básica. Apesar das dificuldades, há mudanças positivas importantes ocorrendo na saúde pública bucal através da inserção da odontologia na ESF. Existem ainda muitos obstáculos a serem transpostos para a maximização dos serviços odontológicos, visando o progresso da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

Boareto (2011) propõe que para ocorrer de fato a incorporação da saúde bucal dentro da ESF, é necessário vencer certos desafios, ou seja, mudar a maneira

tradicional de pensar e agir da ESB. Esta deve criar programas que visem diminuir a cárie dental em todas as faixas etárias, dando prioridades aos grupos de risco existentes dentro do território adscrito, sempre usando o acolhimento, a motivação e a criação de vínculos por meio da humanização do atendimento, conhecendo assim os fatores que possam estar interferindo no seu cotidiano, para tentar conseguir evitar e/ou reverter os quadros de patologias bucais nesses usuários.

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grande desafio de se cumprir a atenção integral à saúde é sem dúvida o da harmonização entre os complexos de intervenções técnicas realizadas que geram ações simultaneamente interdependentes e autônomas entre os sujeitos que estão envolvidos no processo saúde/doença, ou seja, trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais, usuários e tudo que agrega o sistema de saúde vigente (PINTO, 2008).

A Odontologia juntamente com outras profissões de saúde (assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais), faz parte do complexo de ações que reorientam o processo de trabalho do SUS. Neste contexto, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal têm como propostas: a gestão participativa, a ética na prestação dos serviços por parte dos profissionais integrantes do SUS, a ampliação do acesso aos serviços, o acolhimento da população por parte dos centros de saúde e o estabelecimento do vínculo com o usuário e a responsabilidade profissional (BRASIL, 2004).

Do ponto de vista da interação, visando à construção de um projeto comum, foi identificada como aspecto favorável a partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade. Constata-se, entretanto, que a articulação entre as ações se expressaram de forma diferenciada no que se refere à relação entre as distintas categorias profissionais. Deste modo, a troca de informações se revelou mais efetiva entre a enfermeira, a médica e os agentes comunitários. Em contrapartida, observaram uma conexão ainda tênue entre as ações desenvolvidas pelas auxiliares

de enfermagem e dentista com aquelas realizadas pelos agentes comunitários. No caso das auxiliares de enfermagem e dentista ocorre mais frequentemente uma emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação. No tocante à interação, entendida aqui enquanto a dimensão comunicativa que permeia a ação foi destacada que a comunicação no interior da equipe se destinou, basicamente, à troca ou transmissão de informações de caráter técnico, sendo pouco referidas situações em que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos. Na reunião semanal de equipe, na qual os agentes comunitários e os profissionais de nível médio não se sentiram à vontade para opinar sobre o que estava sendo proposto. Assim ficou evidente que a desigualdade entre os membros da equipe quanto à oportunidade para propor, julgar e decidir o trabalho, reforçada pela tendência, por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação, constitui um importante obstáculo ao florescimento de uma prática comunicativa. Sobre este ponto ressaltaram que a coordenação municipal deveria ter uma estrutura compatível com o número de equipes, pois do contrário a supervisão não consegue atingir seu propósito enquanto espaço de monitoramento do processo de trabalho e, sobretudo, de apoio nas situações de conflito e acolhida das dificuldades que emergem no cotidiano dos serviços. A mudança constante de alguns integrantes da equipe, como agentes comunitários, médico e falta de supervisão sistemática por parte da coordenação municipal também é referida como obstáculo à integração entre as equipes.

No que tange ao processo de trabalho definido, este prega a interdisciplinaridade, o multiprofissionalíssimo, a integralidade da ação, a intersetorialidade, a ampliação e qualificação na atenção bem como a melhoria das condições de trabalho. Tudo isso com finalidade de obter aproximação com o usuário trazendo a chance de se construir com ele, à autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas e aumentar a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Pôde-se notar que o processo de integração dos profissionais integrantes da ESF possui vários vieses que ora dificultam ora se aproximam do cumprimento do que propõe as diretrizes do Sistema Único de Saúde (LOURENÇO *et al.* 2009).

A formação acadêmica do profissional que atua na ESF foi colocada como um dos itens que geram dificuldade na integração ESB/ESF. Embora as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, determinem que a formação do CD seja conduzida

no sentido de atender às diretrizes preconizadas pelo SUS, o relato mais comum encontrado nos artigos consultados foi de que o modelo de formação universitária em saúde vigente no país, historicamente, está definido por um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada, centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia de trabalho da ESF (CARVALHO *et al.*, 2004; MATOS & TOMITA, 2004; BALDANI *et al.*, 2005; PADILHA *et al.*, 2005; TEIXEIRA, 2006; ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006; FRANCISCHINI, MOURA e CHINELLATO, 2008; PINTO, 2008; LOURENÇO *et al.*, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2009; MORETTI-PIRES, 2009; CALDEIRA, 2010).

Sendo assim, não é por acaso que a maioria dos CDs que compõe a ESB considera que não atende a esse perfil e, conseqüentemente, enfrenta dificuldades de realização do seu trabalho, especialmente no contato diário com a comunidade. Observou-se que a experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas, e de criar outro modo de produzir saúde (SANTOS & ASSIS, 2006). Contudo Matos e Tomita (2004) ponderam que mudanças institucionais visando à adequação do currículo em direção às propostas da Lei de Diretrizes e Bases estão em andamento e, em uma espécie de agenda em dois tempos, em que as transformações mostram resultados incipientes, pode-se antever na fala dos Estudantes uma concepção um pouco mais ampliada de Saúde Coletiva. Também, é perceptível que as políticas de saúde, a inserção da saúde bucal na ESF e as questões do mercado de trabalho instigam um novo olhar sobre a prática odontológica e que algumas lacunas importantes necessitariam ser (re)construídas no espaço dos Polos de Capacitação, onde os serviços de saúde e a universidade poderiam encontrar-se e dialogar em um ponto de interseção

Essa deficiência na formação acadêmica conduz a uma prática do CD que integra a ESB que é baseada, quase que exclusivamente, em procedimentos curativos, restauradores e mutiladoras em detrimento de ações coletivas de promoção, prevenção e educação em saúde (PADILHA *et al.*, 2005; SANTOS & ASSIS, 2006; ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006; MACIEL *et al.*, 2007; CHAVES & MIRANDA, 2008; FARIAS, 2009). Estas ações coletivas para serem implementadas exigem, para alcançar sucesso, a participação de outros profissionais da ESF bem como os de outras áreas e do engajamento dos próprios usuários (PINTO, 2008). Contudo, não raro, são os próprios usuários que sustentam a prática clínica focada no atendimento do agudo, já que para eles as ações promocionais de saúde são “perda de tempo e

deslocam o dentista de suas verdadeiras funções que é o trabalho clínico” (MACIEL *et al.*, 2007).

Percebe-se também que há ESB que atua tanto no sentido reativo (curativo e reabilitador) como no sentido proativo de promoção, prevenção e educação em saúde. Caracterizando dessa forma uma atuação híbrida ficando dividida entre a ação individual e a coletiva. De toda forma isso tende a promover uma maior integração entre os profissionais que compõem a ESF e não foge às diretrizes estabelecidas pelo SUS (SILVA & TRAD, 2005; PADILHA *et al.*, 2005; SANTOS & ASSIS, 2006; VILARINHO, MENDES e PPRADO, 2007; FARIAS, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2009).

A falta de preparo profissional também pode ser vista como desencadeadora da deficiência de produzir planejamento de ações em saúde. Silva e Trad (2005) identificaram que o planejamento e a avaliação das ações concentram-se nos profissionais de nível superior, de forma individualizada. Estas observações também foram corroboradas por Vilarinho, Mendes e Prado (2007), Pinto (2008); Farias (2009) e Rodrigues *et al.* (2009). Já Cruz *et al.* (2009) relatou que 44,4% dos CDs, incluídos em sua pesquisa, não realizam nenhum tipo de estudo epidemiológico que possa sustentar o planejamento de seus processos de trabalho.

Lourenço *et al.* (2009) destaca que embora 76,2% dos CDs, observados em sua pesquisa, disseram haver integração com a ESF no atendimento às famílias isso não é manifestado no planejamento das ações da ESB. A demanda reprimida foi colocada pela ESB como um dos empecilhos para realização de planejamento e por consequência permitir a integração entre ESB e ESF. Carvalho *et al.* (2004) pondera que a ESB por estar vinculada ao território de mais de uma equipe do PSF dificulta a integração dessas equipes e proporciona o risco de dividir o PSF. Essa pressão da demanda reprimida, maior que a capacidade dos serviços, inviabiliza o vínculo com a população adscrita, impossibilitando desta forma a execução de um trabalho planejando. Esta mesma questão foi observada por Vilarinho, Mendes e Prado (2007), quando afirma que modelo tradicional de atendimento (baseado no agudo) impede que seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. O que é corroborado por Rodrigues *et al.* (2009). Aqui parece ser lícito inferir que existe um círculo vicioso posto que se possa constatar que não se realiza ações planejadas porque a demanda do agudo absorve a maior parte do tempo de trabalho da ESB e em contra partida o acúmulo de casos agudos se perpetuam em face do não planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde.

O alheamento e desinteresse de profissionais, componentes da ESB, em se envolverem com as ações integradas de saúde que são propostas pela ESF, foram questões levantadas nesta revisão bibliográfica. Os achados revelam que há pouca ou nenhuma participação de componentes da ESB em reuniões semanais da ESF. Há também a forma de contratação clientelista de profissionais que não têm perfil para desenvolver trabalho no SUS. E, além disso, o tipo de formação acadêmica que não proporciona pouco ou nenhum treinamento para o desenvolvimento de trabalho em equipe (CARVALHO *et al.*, 2004; SILVA & TRAD, 2005; BALDANI *et al.*, 2005; TEIXEIRA, 2006; SANTOS & ASSIS, 2006; MACIEL *et al.*, 2007; SOUZA & RONCALLI, 2007; CHAVES & MIRANDA, 2008; PINTO, 2008; LOURENÇO *et al.*, 2009; FARIAS, 2009; CRUZ *et al.*, 2009; MONTEIRO, 2010).

As poucas interações observadas entre ESB e ESF podem ser sintetizadas na fala de Maciel *et al.* (2007) quando diz que as equipes de saúde bucal parecem ser um mundo à parte, apenas convivendo no mesmo espaço. No que se refere à interdisciplinaridade, não se percebe, nos discursos, troca real de informações e complementariedade no atendimento à população. As reuniões, onde se poderia construir o projeto comum de atendimento, parecem estar servindo apenas de espaço de discussão para questões gerenciais. As equipes se comportam muito mais como equipes agrupamento do que como equipes interdisciplinares. Estas questões foram abordadas e corroboradas por Pinto (2008). As relações de disputas pelo poder dentro das equipes foram relatadas por Silva e Trad (2005), Chaves e Miranda (2008) e Moretti-Pires (2009) como fatores capazes de minar e desconstruir a tão requerida atuação multiprofissional dentro da ESF.

O atraso na incorporação da ESB ao ESF foram apontadas por Carvalho *et al.* (2004), Padilha, *et al.* (2005) e Monteiro (2010) como um dos fatores que dificultam a integração entre ESB e ESF. Este fato fez com que a ESB tivesse que submeter se a adequação da dinâmica de trabalho da ESF. Uma vez que, historicamente a ESB foi incorporada, por decreto, somente seis anos após criação do PSF e por esta forma e por este retardo na inclusão, a Saúde Bucal não participou dos primeiros processos de estruturação e planejamento das ações da equipe de saúde, tornando esta inclusão difícil de ocorrer, efetivamente (RODRIGUES *et al.*, 2009). Também a rotatividade dos profissionais integrantes da ESF está relatada como um dos vieses que contribuem para que a atuação multiprofissional não aconteça (SILVA; TRAD, 2005; CALDEIRA, 2010).

A precariedade de insumos, logística e condições de trabalho também foi relatada como fatores limitantes no desenvolvimento do processo de trabalho da ESB. Neste quesito pôde-se constatar que o bom funcionamento de uma rede de referência e contra-referência, falta de alimentação de banco de dados, rede de informática que funcione e dê continuidade aos atendimentos e também possa servir de base de dados para levantamentos epidemiológicos são questões que têm significado importante no planejamento de ações de saúde. Também o fato de os profissionais não terem qualificação para lidar com banco de dados é fator notório no entrave na continuidade da assistência aos usuários. Todos esses fatos puderam ser constatados nos trabalhos de Padilha (2005), Araújo e Dimenstein (2006), Maciel *et al.* (2007), Vilarinho, Mendes e Prado (2007), Souza e Roncanlli (2007) e Cruz *et al.* (2009). A síntese de alguns desses achados pode ser observada na fala de Padilha *et al.* (2005) quando afirma que a falta de instrumentos apropriados, deficiência de informações que possibilite uma análise do resultado alcançado com as ações e o pouco retorno dado para informações que chegam do nível central para os profissionais responsáveis pela assistência (contra-referência) são situações que não permitem às equipes determinarem se os seus desempenhos estão causando impacto favorável sobre a situação de saúde da população acompanhada.

Em contraposição aos fatores que dificultam a integração entre ESB e ESF, vários autores propõem alternativas para superá-las e desta forma obter uma aproximação com as diretrizes do SUS. Para Carvalho *et al.* (2004) seria uma solução viável o acolhimento dos usuários nas unidades de atenção primária que segundo ele permitiria a organização do processo de trabalho otimizando as capacidades produtivas da equipe multiprofissional. Outra possibilidade é a de se ter vontade política de reformulação, com ações odontológicas articuladas à saúde geral através de ações intersetoriais. Fortuna *et al.* (2005) propõe a construção e integração de uma equipe de saúde baseada em conceitos da Escola Argentina de Grupos Operativos. Para as autoras a comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o ambiente favorável, a pertinência entre as ações realizadas, a finalidade da equipe e as relações de poder ajudariam a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe. Basicamente, essas mesmas proposições foram contempladas e corroboradas por Silva e Trad (2005), Teixeira (2006), Araújo e Dimenstein (2006), Araújo e Rocha (2007), Francischini, Moura e Chinellato (2008), Pinto, 2008; Lourenço *et al.* (2009), Caldeira (2010), Monteiro (2010) e Boreato (2011). Além das questões acima citadas, Wimmer e Figueiredo (2006) pontuam que uma equipe tem mais valor

quando agrega para si, além do coletivo, a autonomia dos sujeitos e a mobilização popular com o empoderamento do direito à vida com qualidade e a partir de uma participação mais ativa no diagnóstico de problemas bem como na geração de iniciativas.

Alguns avanços no sentido da integração entre ESB e ESF foram detectados na investigação conduzida por Cruz *et al.* (2009). Neste trabalho, ficou clara a não concordância por parte de 50% dos profissionais da ESB quanto à integração com outros profissionais de diferentes áreas do conhecimento dentro da Unidade de Saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares de enfermagem, entre outros). Em relação ao investimento na formação de vínculo entre profissionais e/ou equipe com a comunidade, avaliou-se que o nível de envolvimento das ESB com as famílias de maior risco vai além da atuação estrita em Odontologia e do setor saúde. Verificou-se que 59,2% dos profissionais pesquisados creditam os problemas de saúde/enfermidade a questões que ultrapassam o campo de atuação do setor. Consideram que a inclusão de outras categorias profissionais ligadas à área social, como por exemplo, o assistente social, o psicólogo, entre outros, pode levar ao enfrentamento mais eficaz dos problemas vivenciados pelos usuários do serviço.

Em síntese a integração da ESB a ESF será importante para tratar o indivíduo como um todo, além de modificar o quadro epidemiológico da sua comunidade, facilitar o acesso e dar condições para que esse usuário seja conscientizado, modificando os seus hábitos, cuidando e/ou recuperando a sua saúde, melhorando cada vez mais a qualidade de vida.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo a saúde bucal como parte da integralidade da saúde, a sua incorporação à ESF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque a ESF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário.

Para cumprir esse propósito é necessário que as equipes de saúde busquem, além da prática da alteridade, construir coletivamente caminhos e possibilidades para promover um modo de cuidado que contemple todas as expectativas do usuário, principalmente as de dimensão subjetiva.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada à atuação e interação entre a ESB e a ESF, concluiu-se que:

- embora se perceba algum avanço na formação acadêmica do Cirurgião-Dentista, ela é ainda hoje deficitária no que diz respeito ao preparo do futuro profissional que irá atuar na Estratégia Saúde da Família.
- o Cirurgião-Dentista que atua na ESF, de forma geral, não está qualificado organizar o seu processo de trabalho. Em razão disso sua atuação é reativa ao dano limita-se quase que exclusivamente no atendimento da livre demanda. Desta forma limitando sua atuação em outras frentes como, por exemplo, em ações, proativas, de promoção de saúde coletivas.
- o Cirurgião-Dentista tende a se isolar e ter pouca ou nenhuma integração com o restante da ESF. O atraso na inserção da ESB na ESF também é tido como fator de limitação na integração. Entre os profissionais de nível superior que compõem a ESF, há embate pela liderança do grupo e uma nítida concentração do poder nas mãos dos médicos. Também a rotatividade dos profissionais que compõem a ESF é tido como fator de desestímulo na integração multiprofissional.

- há por parte dos gestores do SUS uma deficiência no fornecimento de insumos e de promover logística para que a ESB possa conduzir suas práticas clínicas, fazer levantamento de dados e monitorar a continuidade da assistência aos usuários quando esses são referenciados para serviços especializados.
- percebe-se no contexto dessa revisão bibliográfica que há uma tendência de que a ESB supere as dificuldades pertinentes ao convívio e atuação multiprofissional e desta forma, cada vez mais, se ajuste às diretrizes que balizam as propostas da ESF.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M. B. S., ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007.
2. ARAÚJO, Y. P., DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. - **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1): 219-227, 2006.
3. BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.
4. BOARETO, P. P. A Inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. 2011. 33p. **Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais – Campos Gerais, MG.** 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. – **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: MS, 2001. 69p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde – **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: MS, 2004. 16p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde – **Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal.** Brasília, MS, 2006. 92p.
8. CALDEIRA, P, D, G. A. Inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. 2010. 49 p. **Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG,** 2010.
9. CARVALHO, D. Q. *et al.* – A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família - **Boletim da Saúde** - Porto Alegre – v. 18, n. 1 - Jan./Jun. 2004.
10. CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. - **Interface - Comunic.,Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.153-67, jan./mar. 2008.

11. CRUZ, D. B. *et al.* Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Uma Perspectiva a Partir da Equipe de Saúde Bucal. - **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.
12. FARIAS, M.R. Análise da Integração da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. 2009. 174p. **Dissertação – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará** – Fortaleza, CE, 2009.
13. FORTUNA, C. M. *et al.* O Trabalho de Equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a Partir de Conceitos do Processo Grupal e de Grupos Operativos. - **Rev Latino-am Enfermagem** - v. 13(2), p262-8, março-abril, 2005.
14. FRANCISCHINI, A.C., MOURA, S.D.R.P., CHINELLATO, M. – A Importância do Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família. - **Investigação** v. 8, n. 1-3, p. 25–32. JAN. /DEZ. 2008 Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/62>. 24/10/2011.
15. LOURENÇO, E.C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. - **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1367-1377, 2009.
16. MACIEL, R. H. M. O. *et al.* **O Multiprofissionalismo em Saúde e a Integração das Equipes do Programa de Saúde da Família**. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf. 24/10/2011.
17. MATOS, P. E.S., TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação - **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1538-1544, nov-dez, 2004.
18. MONTEIRO, V. A. Percepção do Cirurgião-Dentista sobre sua Inserção na Equipe de Saúde da Família: um Estudo de Caso em Área Programática do Município do Rio de Janeiro 2010. 64p. **Dissertação - Universidade Estácio de Sá** – Rio de Janeiro, RJ, 2010.
19. MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. – **Comunicação Saúde Educação** - v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

20. PADILHA, W. W. N., *et al.* Planejamento e Programação Odontológicos no Programa Saúde da Família. - **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 65-74, jan./abr. 2005.
21. PINTO, C. C. M. Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia Saúde da Família: a percepção do Cirurgião-Dentista. 120p. **Dissertação – Faculdade de Medicina USP** - Ribeirão Preto, SP, 2008.
22. RODRIGUES, A. A. A. O. *et al.* Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família na Cidade de Feira de Santana (BA): O Perfil do Cirurgião-Dentista. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.33, n.4, p.582-594out./dez, 2009.
23. SANTOS, A. M., ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. - **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):53-61, 2006.
24. SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. - **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.
25. SOUZA, T. M. S., RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família - uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.
26. TEIXEIRA, M.C.B. - A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia - **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):45-51, 2006.
27. VILARINHO, S.M.M., MENDES, R.F., PRADO, Jr R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina. - **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.
28. WIMMER, G. F., FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. - **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):145-154, 2006.