



Percepção dos Profissionais de Saúde Bucal Acerca das Mudanças das Ações Coletivas no Processo de Trabalho da ESF¹

Perception of Oral Health Professionals About Changes in Collective Actions in Fhswork Process

Percepción de Los Profesionales de Salud Bucal Acerca de los Cambios de las Acciones Colectivas en el Proceso de Trabajo de la ESF

Emiliana Coelho Quintanilha², Tiago Araújo Coelho de Souza³

Resumo

Ao longo de três décadas do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de trabalho da Odontologia foi baseado no ‘modelo tradicional’ de atenção com foco na doença, na intervenção curativista e no biológico; contudo, uma mudança de atuação ainda se encontra em construção, já que esse modelo biomédico é muito expressivo na formação dos profissionais da área de saúde. No entanto, para os próximos anos, faz-se necessário readequar a forma de trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho visa analisar a percepção dos profissionais da equipe de Saúde Bucal do Distrito Federal acerca da aplicação das ações coletivas no processo de trabalho, antes e após o início do exercício profissional como ESF. O presente estudo é transversal descritivo de abordagem quali-quantitativa, com questionário

semiestruturado, entrevistas e análise de conteúdo. Foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada Região de Saúde que apresentaram o melhor e pior indicador de cobertura em saúde bucal. Dentistas e técnicos de saúde bucal com maior tempo de exercício profissional apresentaram maior resistência ao ‘novo modelo’ do que o grupo que está a menos tempo na Secretaria, ou que entrou como membro da ESF. Todos os profissionais entrevistados relataram dedicar-se às atividades coletivas, mas, em sua maior parte, ainda vinculadas ao modelo tradicional.

Descritores: Odontologia em Saúde Pública; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Bucal

Abstract

During the three decades of the Unified Health System(SUS) the work process of Dentistry was

¹ Trabalho de Conclusão de Curso no Programa de Pós-graduação *lato sensu* - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Título original: “Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: Percepção dos profissionais de saúde bucal acerca do impacto das ações coletivas no processo de trabalho - Distrito Federal”. Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília-DF, 2018.

² Cirurgiã-Dentista; Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (Escola Superior em Ciências da Saúde - ESCS); especializada em Periodontia (Associação Brasileira de Odontologia de Goiás – ABO GO), graduada pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: emilianaquintanilha@gmail.com

³ Cirurgião-Dentista; Doutor em Saúde Pública pela University of Kentucky, Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, graduado pela Universidade Federal do Pará. Professor do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. E-mail: tiagosouza@unb.br

based on the 'traditional model' of attention focused on disease, and with a curative and biological intervention but a change of performance is still under construction, since this biomedical model has a strong influence in the training of health professionals. However, in the coming years it is necessary to re-adjust the work process of the oral health team in the Family Health Strategy (FHS). This study aims to analyze the perception of oral health team professionals of the Federal District (DF) about the application of collective actions in the work process before and after the beginning of professional practice as FHS. The present study has a cross-sectional descriptive design with a quali-quantitative approach; semi structured questionnaire, interviews and content analysis were used. Two Basic Health Unities (BHU) of each Health Region were selected: those that presented the best and worst indicators of oral health coverage. Dentists and oral health technicians with a longer period of professional practice presented greater resistance to the 'new model' than the group that has been in the Secretariat for a shorter period of professional practice. All professionals interviewed reported dedicating themselves to collective activities but for the most part these are still linked to the traditional model.

Keywords: Public Health Dentistry; Family Health Strategy; Oral Health

Resumen

En tres décadas de Sistema Único de Salud (SUS), el proceso de trabajo de la Odontología se basó en el 'modelo tradicional' de atención con foco en la enfermedad, en la intervención curativista y en el factor biológico; sin embargo, un cambio de actuación está todavía en construcción, ya que es muy fuerte en la formación de los profesionales del área de salud este modelo biomédico. Pero para los próximos años se hace necesario readecuar la forma de trabajo del equipo de salud bucal en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Este trabajo busca analizar la percepción de los profesionales del equipo de Salud Bucal del Distrito Federal (DF) acerca de la aplicación de las acciones colectivas en el proceso de trabajo, antes y después del inicio de ejercicio profesional como ESF. El presente estudio es transversal descriptivo de abordaje cuali-cuantitativo; se utilizó un cuestionario semiestructurado, entrevistas y análisis de contenido. Se seleccionaron dos Unidades Básicas de Salud (UBS) de cada Región de Salud que presentaron lo mejor y peor indicadores de cobertura en salud bucal. Dentistas y técnicos de salud bucal con mayor tiempo de ejercicio profesional presentaron mayor resistencia al 'nuevo modelo' que el grupo que está hace menos tiempo en la Secretaría, o que entró ya como miembro de la ESF. Todos los profesionales entrevistados relataron dedicarse a actividades colectivas, pero, en su mayor parte, todavía vinculadas al modelo tradicional.

Descritores: Odontología en Salud Pública;

Estratégias de Salud de la Familia; Salud Bucal

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é responsável pela coordenação do cuidado, bem como pela ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e por isso deve ser entendida como a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹⁾. Desde 1994, o Brasil vem adotando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo principal para organização e expansão da APS no território brasileiro ⁽²⁻³⁾. Contudo, sua implantação aconteceu de maneira distinta em diferentes regiões do território nacional, o que poderia ser explicado pelo fato de que, inicialmente, os recursos financeiros para sua implantação eram escassos e transferidos aos estados e municípios por meio de convênios. Nesse processo, em algumas secretárias estaduais e municipais de saúde, certas experiências sofrem rupturas ou são estagnadas pelo simples motivo de serem iniciativas de governos concorrentes*. No Distrito Federal, a ESF teve seu início de implantação no ano de 2005⁽⁴⁾.

No que tange à odontologia, a ESF apresenta uma oportunidade de mudança no processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal (eSB), até então notadamente individualizado, enraizado

em princípios tradicionais, hierarquizado e separado do processo de trabalho do restante dos trabalhadores da saúde, herança notável da Odontologia de Mercado ⁽⁵⁾. As discussões sobre o processo histórico de trabalho na odontologia foram influenciadas por marcos que propiciaram ampla reflexão quanto à necessidade de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na APS, a saber: a) a I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986 e 1993 e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal; b) a inserção dos profissionais de odontologia na equipe de Saúde da Família (eSF) em 2000, a aprovação das normas e diretrizes de inclusão das equipes de saúde bucal nas eSF em 2001*⁽⁴⁾ e a criação das novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde em 2002; c) o lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004⁽²⁾ e a III CNSB; d) as responsabilidades e atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal inseridas na Política Nacional de Atenção Básica em 2006, reiteradas em 2011⁽⁴⁾ e atualizadas em 2017.

O serviço odontológico era restrito a um pequeno grupo de pessoas, herança de modelos anteriores, como o modelo incremental, que era limitado ao público escolar ⁽⁶⁾. O trabalho era

*Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

*Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000,

que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001.

focado na doença do indivíduo, em que os procedimentos curativistas eram elencados como primeira escolha. Além disso, a realização de qualquer intervenção era ligada diretamente apenas ao ambiente clínico, sem levar em consideração o contexto sociocultural e familiar no qual o indivíduo estava inserido^(7,5). Nesse contexto, no Plano Nacional a Saúde Bucal foi incorporada à ESF no ano 2000; porém, no Distrito Federal as eSB tiveram um atraso de quase duas décadas até serem amplamente incorporadas à ESF. O objetivo da incorporação da eSB à eSF foi ampliar o acesso da população ao serviço odontológico, o que significou uma importante etapa do processo de mudança do modelo tradicional, em que o acesso aos serviços de saúde era limitado.

Passados 30 anos desde o início do SUS, espera-se que o perfil hegemônico esteja mudando e que, com a implantação da ESF, tanto a população quanto os profissionais sejam cada vez mais receptivos ao 'novo modelo'. No entanto, alguns fatores podem influenciar para a morosidade da transição de modelos, como o fato de o processo histórico de mudança ser reconhecidamente demorado, além da presença de profissionais mais antigos que não têm capacitação ou reciclagem acadêmica^(6,8-11).

Foi percebida a necessidade de compreensão dos sujeitos envolvidos durante a transição de modelos, vivida pelos servidores, em especial, em relação às práticas coletivas durante a Residência Multiprofissional em

Saúde Coletiva pela pesquisadora principal. Nesse contexto, o presente estudo visa analisar a percepção dos profissionais da equipe de Saúde Bucal do Distrito Federal (DF) acerca da aplicação das ações coletivas no processo de trabalho antes e após o início de exercício profissional como ESF.

Metodologia

Desenho e local do estudo

Os presentes estudos têm delineamento transversal descritivo de abordagem quali-quantitativa, no qual foi utilizado questionário semiestruturado no intuito de identificar dados socioeconômicos dos entrevistados e aspectos referentes à inserção do profissional da eSB na ESF, bem como um roteiro norteador para as entrevistas. Universo eleito e amostra (seleção, critérios de inclusão e exclusão)

Até julho de 2017, o Distrito Federal tinha população estimada de 2.977.216 pessoas, 292 ESF implantadas, 33,8% da população coberta por essas equipes, 58,8% cobertas por equipes de Atenção Básica, 93 eSB implantadas (todas modalidade I), ou seja, 10,7% da população coberta por eSB ou 24,2% da população coberta por saúde bucal na Atenção Básica (AB) desvinculada de equipes⁽¹²⁾, distribuídas em sete regiões de Saúde do Distrito Federal: Norte, Sul, Centro-Norte, Centro-Sul, leste, Oeste e Sudoeste.

Para o estudo, duas UBS de cada Região de Saúde foram escolhidas: as que apresentaram os melhores e os piores

indicadores de cobertura da equipe básica de saúde bucal, escovação supervisionada e proporção de exodontias em relação a outros procedimentos (Indicador 4, 5 e 6 – Tabela 1). Os indicadores foram produzidos por meio de dados fornecidos pela gerência de odontologia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) referente aos procedimentos odontológicos realizados de janeiro a dezembro de 2016.

A Região de Saúde que apresentou os melhores indicadores de cobertura em saúde bucal foi a Região Norte (43,78%, média de 35,26%); então, a partir desta, foram selecionadas duas UBS, a UBS 05 de Planaltina (a melhor média da ação coletiva de escovação dental supervisionada desta Região – 4.752 ou 23% de uma média de 1.371,5) e, seguindo a sequência, a UBS 01 Engenho Velho – Fercal

(a menor proporção de exodontia em relação a outros procedimentos da mesma Região -19 ou 0,48%, média 262,5). Logo, as eSB participantes foram divididas em dois grupos, conforme seus indicadores, e as eSB com os melhores indicadores constituíram o Grupo A.*⁽⁵⁾

A Região de Saúde que apresentou os piores indicadores de cobertura em saúde bucal foi a região Centro-Norte; então, foram selecionadas duas UBS, a UBS 01 Lago Norte - CSB 10 (a pior média da ação coletiva de escovação dental supervisionada desta Região -2 ou 0,039%, média 721,85) e a UBS 04 da Vila Planalto (a mais alta proporção de exodontia em relação a outros procedimentos da mesma Região -23 ou 50%, média 6,57), que constituíram o Grupo B

*Dados obtidos pela Gerência de Odontologia (SES-DF) durante o estágio da Residência de Saúde Coletiva referente aos dados da Produtividade na Atenção

Primária de Janeiro a dezembro de 2016 das UBS do Distrito Federal.

**Tabela 1: Tabela ilustrativa dos grupos da amostra de trabalho
Planaltina, Fercal, Lago Norte e Vila Planalto – Distrito Federal, 2016**

Grupo A – UBSs selecionadas pela Região de Saúde com o melhor indicador 4* (Região Norte)	Grupo B - UBSs selecionadas pela Região de Saúde com o pior indicador 4* (Região Centro-Norte)
Melhor indicador 5***: UBS 05 - Planaltina Entrevistados 1 CD e 1 TSB	Pior indicador 5***: UBS 01 do Lago Norte Entrevistados 1 CD e 1 TSB
Melhor indicador 6***: UBS 01- Engenho Velho (Fercal) Entrevistados 1 CD e 1 TSB	Pior indicador 6***: UBS 04 – Vila Planalto Entrevistados 2 CDs e 2 TSB

*Cobertura da equipe básica de equipe de saúde bucal por Região de Saúde

**Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada

***Proporção de exodontias em relação a outros procedimentos

As entrevistas foram marcadas com cada eSB, conforme a disponibilidade de horário dos servidores, inseridos no critério de inclusão: profissionais das eSBs– Cirurgiões-Dentistas (CD) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) – inseridos na ESF e componentes das regionais com os melhores e piores indicadores em Saúde Bucal, conforme os indicadores supracitados. Foram excluídos aqueles servidores de outros níveis de atenção; inseridos na eSB de outra Região de Saúde que não sejam as escolhidas dentro dos critérios de inclusão; profissionais não integrantes da eSB; servidores em licença, afastamento, férias ou abono.

Coleta de dados (local, instrumentos e métodos aplicados)

Previamente ao estudo principal, foi solicitada a avaliação dos instrumentos de coleta a residentes Multiprofissionais de Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), escolhidos aleatoriamente, com o intuito de verificar critérios quanto à clareza do questionário e questões conceituais, dividida em dois blocos de perguntas, contendo identificação e característica do profissional da eSB. Posteriormente, foi aplicado um teste piloto na UBS Lúcio Costa, localizada na RA X (Guará), da Região de Saúde Centro-Sul, para qualificar e validar o questionário. Após a aplicação de cada questionário, foram realizadas entrevistas

individuais semiestruturadas, utilizando relação interpessoal (6 perguntas); b) serviço roteiro norteador com o objetivo de aprofundar (6 perguntas); c) transição do modelo (8 questões referentes às três dimensões: a) perguntas), como mostra a tabela 2:

Tabela 2- Perguntas norteadoras das entrevistas

Perguntas
Relação interpessoal
2.1 - Como é sua relação entre os componentes da eSB?
2.2 - Como é sua relação com os outros componentes da eSF?
2.3 - Como é sua relação com a sua chefia imediata?
2.4 - Como é sua relação com os usuários?
2.5 - Como é o envolvimento da gerência da UBS em relação às ações e serviços prestados aqui na odontologia?
2.6 - O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si um potencial terapêutico. 2.7 - Em relação ao usuário, o vínculo mudou agora com o modelo ESF?
Serviço
2.8 - Vocês tem reunião de equipe? Como elas ocorrem?
2.9 - Antes do modelo de ESF, você fazia ações preventivas?
2.10 - Quanto da sua carga horária semanal é dedicada para realização das atividades de prevenção e promoção da saúde, ou seja, com enfoque em prevenção e promoção de saúde? Se não houver envolvimento com as práticas coletivas, poderia dizer o motivo?
2.11 - Qual(is) fator(res) você acha ser impeditivo ou limitante para funcionamento pleno do modelo que prioriza a prevenção em detrimento do curativo?
2.12 - Você faz atividades de educação em saúde? E promoção de saúde?
2.13 - Você e sua equipe realizam estas atividades mediante um planejamento, que inclui o acompanhamento do início, meio e fim, incluindo a avaliação daquele projeto? Se sim, poderia dizer como é feito o planejamento, a aplicação e a avaliação das atividades que realiza?
Transição do modelo*
2.14 - Como você enxerga a Estratégia de Saúde da Família? Acredita neste modelo? Qual a sua expectativa?
2.15 - Como foi a transição para você do modelo anterior para o modelo de ESF?
2.16 - Você encontrou ou encontra dificuldades de colocar na prática o que preconiza o novo modelo (eSB inserido na eSF)?
2.17 - Você gostou ou sente-se realizado(a) trabalhando dentro da lógica do novo modelo (eSB inserido na eSF)?
2.18 - Pelo que conhece dos conceitos relativos a esse modelo, percebe algum conflito entre a teoria e a prática?
2.19 - Fale sobre sua principal motivação para trabalhar na eSF, caso haja.
2.20 - Quais são os desafios e avanços que você enxerga da eSB na ESF?
Há alguma outra situação que considera pertinente expressar que ainda não foi perguntada?

*para o profissional que esteja na SES como CD ou THD desde antes da implantação do novo modelo no DF

As entrevistas foram gravadas no local de trabalho – em uma UBS – de cada entrevistado pelo mesmo pesquisador, o pesquisador principal. Com o intuito de

garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, os entrevistados foram denominados de P1 a P10.

Vale ressaltar que antes de serem aplicados, tanto o questionário quanto as entrevistas, foi dado o devido esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa, bem como a não obrigatoriedade de participação, além de outros esclarecimentos, formalizados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise

Dados quantitativos

O instrumento de coleta de dados utilizado para obtenção dos dados quantitativos foi o questionário. Inicialmente criou-se um dicionário de dados, a fim de traduzir as respostas do questionário em forma numérica em uma tabela, em que cada coluna equivale a uma pergunta, e foi renomeada da seguinte maneira: coluna “F1” equivale à coluna “A”, coluna “F2” equivale à coluna “B” e assim sucessivamente. As perguntas foram classificadas em variáveis (como idade, sexo, carga horária) e as respostas foram classificadas por categoria, em contínua (resposta numérica, ex.: idade), dicotômica (possibilidade de duas opções de respostas – 1 ou 2) ou categórica (possibilidade de mais de duas opções de respostas). Feito isso, montou-se a tabela de sistematização de dados em planilha do Excel com as respostas codificadas

e, com isso, obteve-se o perfil dos entrevistados, bem como seu entendimento perante alguns conceitos abordados.

Os dados dos questionários foram consolidados em planilha Excel, a qual foi analisada com ajuda do software Epi Info7TM.

Dados qualitativos

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se o tratamento dos dados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin^{*(6)}. Para isso, foram identificados núcleos de sentido dos discursos em cada bloco de questões – relação interpessoal, serviço e transição do modelo.

Além disso, a técnica da triangulação dos dados também foi utilizada com a finalidade de comparar e articular os dados das diversas coletas de dados citados.

Aspectos éticos

O trabalho de campo referente a esta pesquisa foi realizado entre setembro e novembro de 2017. A pesquisa foi realizada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da ESCS (70467617.7.0000.5553) e aprovada em 12 de setembro de 2017.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 10 servidores de eSB, entre eles, 5 TSBe 5 CDs, que formalmente são cadastrados como ESF, sendo

*Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal:

Edições 70 LDA; 2003

uma eSB em cada UBS, exceto na Vila Planalto, onde foram entrevistadas 2 eSB. O contato prévio com os servidores foi obtido por meio da Gerência de Odontologia da SES-DF, que viabilizou o agendamento com os respectivos profissionais nas regiões de saúde avaliadas.

Dos dez participantes da pesquisa, metade eram mulheres (50%), sendo a média de idade de 45,1 anos, variando de 30 a 60 anos. A maioria dos participantes (70%) trabalha 40h semanais, e apenas três profissionais (TSB) tinham uma jornada de 20h. Metade dos participantes (50%) afirmou ter pós-graduação e 60% declararam estarem lotados em zona urbana, 10% em zona rural e 30% em zona mista. No entanto, observou-se que a lotação formal difere do dia-a-dia desses entrevistados.

“Aqui é misturado. Porque aqui nesse posto são três equipes. Uma dessas equipes é rural. Eu atendo uma equipe rural e uma equipe urbana. Eu tô atendendo...e dou apoio pra mais duas equipes. Uma outra equipe rural e uma outra equipe urbana. (...)” (P1)

“Aqui é urbano, mas a gente atende zona rural também.” (P10)

Em relação ao tempo de formação

como CD ou TSB, a média como CD foi de 21,8 anos, e 15,4 anos para TSB, evidenciando um perfil mais experiente dos participantes, semelhante ao resultado encontrado por Araújo⁽¹⁰⁾. Os CDs do Grupo B (média 27,3 anos) são mais experientes que aqueles do Grupo A (média 13,5 anos). Resultado semelhante entre os TSB, média de 19,6 anos no Grupo B e 9,0 anos no Grupo A (Tabela 3).

As Regionais de Saúde onde existem os melhores indicadores de cobertura em saúde bucal (Grupo A) possuem profissionais com menos tempo de exercício na SES-DF, porém com mais tempo de trabalho na ESF. Dentistas com mais tempo de formação, porém com menos tempo de ESF, estão mais concentrados no Grupo B (Tabela 3).

Em relação ao tempo em que trabalham como membro da eSB na ESF, os profissionais do Grupo A declararam ter 3,5 anos, em média, variando entre 3 anos (média TSB) e 4 anos (média CD). Já os profissionais do Grupo B responderam ter 6 meses, em média, variando entre 3 meses (média TSB) e 8 meses (média CD). Apesar de todos os profissionais entrevistados constarem como ESF, alguns ainda não se veem trabalhando nesse modelo (Tabela 3).

Tabela 3: Tempo de formação profissional, tempo de exercício da função na SES-DF etempo de exercício como membro da eSB na ESF, em anos nas eSBs estudadas. Distrito Federal,2016.

Tempo de formação profissional					
	eSB	TSB	Média	CD	Média
Grupo A (+)	Fercal	1		11	
	Planaltina	17	9,0	16	13,5
Grupo B (-)	Vila Planalto 1	31		22	
	Vila Planalto 2	21		34	
	Lago Norte	7	19,6	26	27,3
	Média total	15,4		21,8	
Tempo de exercício da função SES-DF					
	eSB	TSB	Média	CD	Média
Grupo A (+)	Fercal	0,3		6	
	Planaltina	8	4,15	9	7,5
Grupo B (-)	Vila Planalto 1	0,4		16	
	Vila Planalto 2	0,4		28	
	Lago Norte	3	1,26	17	20,3
	Média total	2,42		15,2	
Tempo de exercício como membro eSB na ESF					
	eSB	TSB	Média	CD	Média
Grupo A (+)	Fercal	< 6 meses			
	Planaltina	6	3,125	6	4
Grupo B (-)	Vila Planalto 1	< 6 meses		2	
	Vila Planalto 2	< 6 meses		0	
	Lago Norte	< 6 meses	0,246 (~3m)	< 6 meses	0,72 (~8m)
	Média total	6,99		10,32	

Em relação ao acolhimento, 90% afirmaram compreender o significado do termo. No entanto, quando perguntados sobre quem da equipe era o responsável pelo ato de acolher, apenas 30% afirmaram “todos” como responsáveis e 20% não souberam responder. Os demais 50% apontaram categorias profissionais específicas como as responsáveis. O acolhimento foi

sistematicamente confundido com a pré-consulta, comumente chamada por muitos profissionais por “triagem”. No entanto, apesar de a pré-consulta também fazer parte do acolhimento, este não pode se resumir a ela.

Em relação à satisfação com a função que exercem atualmente, 90% afirmaram gostar da função que exercem, indicando um

nível elevado de satisfação. Contudo, nenhum profissional mostrou-se extremamente realizado com o trabalho que desenvolve no modelo ESF e foram apontados problemas macro que influenciam na satisfação plena, achado também encontrado no trabalho de Costa ⁽¹³⁾. Isso significa que, apesar de os participantes gostarem de atuar como CD ou TSB, não se sentem motivados com o serviço, sendo os principais motivos apontados a falta de recursos humanos e/ou materiais de insumo. Embora a desmotivação influencie no processo de trabalho, mostrou não ser o fator determinante para tal. Este quadro poderia ser modificado com a solução dos fatores limitantes apontados por eles.

Oito participantes (80%) declararam realizar atividades de prevenção e promoção de saúde, porém 62,5% afirmaram aplicar essas atividades somente em grupos específicos, demonstrando um forte vínculo ainda com o modelo tradicional e condizente com o trabalho de Farias⁽¹⁵⁾. Isto é, embora a reorganização do trabalho voltado ao desenvolvimento de ações coletivas preventivas e de educação em saúde permita melhorias nos indicadores de saúde bucal, ainda persiste a prática fragmentada centrada na clínica clássica, no procedimento individual e restrito ao consultório.

No que concerne ao relacionamento com os outros profissionais, nenhum participante afirmou ter um relacionamento

“ruim” ou “muito ruim”. Resultado semelhante notou-se em relação ao relacionamento com os componentes da eSF, ou seja, todos consideram seu relacionamento com os outros membros da eSF como “bom” ou “muito bom”. Entretanto, observou-se a presença do conflito de relacionamento pessoal versus profissional, bem como dificuldade de integração eSB na eSF⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

“(...)eu acho que tem pouco apoio da equipe pra... com a eSB em termos de acolhimento, em termos de triagem. Os pacientes da odontologia são acolhidos separadamente, eles são acolhidos pela eSB, e eu gostaria que fossem acolhidos pela equipe, então isso é uma discussão que nunca tem fim. (...)” (P1)

(...) Não, da Odontologia somos nós técnicos. Da enfermagem, eu já não sei (...)” (P8)

“A minha chefia imediata eu tenho uma boa relação, porém eu acho que tem uma diferença de tratamento comigo e com o médico, por exemplo, vamos supor, se o médico resolve trancar a sala dele 11h da manhã e ele já atendeu todo mundo, geralmente eles terminam bem antes, eu sou a última, né? Eles trancam a sala e chega uma emergência, o próprio técnico de enfermagem vai falar pro paciente ‘ah já tá muito tarde’. Se não for algum caso muitíssimo grave, vai mandar voltar 1h da tarde. Se eu fecho a minha porta e chega uma emergência, eles vão bater na minha porta ‘oh tem um paciente pra você

atender'. Tem uma diferença. Eles tem um respeito... não sei se é um respeito maior, ou medo. Existe uma diferença, mas tem um relacionamento muito bom, eles são muito legais, tem abertura pra conversar ...”(P1)

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico⁽¹⁸⁾. Todos os profissionais do Grupo A (100%) reconheceram a melhora do vínculo com o modelo ESF, porém não tiveram o mesmo entendimento os respondentes do Grupo B (33,3%).

Ao serem perguntados sobre a expectativa e se acreditam no modelo da ESF, 50% dos participantes apresentaram impressões negativas, 40% apresentaram impressões positivas e 10% não se posicionaram a favor nem contra, mas declararam ter a expectativa de que sejam reduzidas as intervenções clínicas com o aumento das ações preventivas. Logo, a natureza da produtividade, seja ela maior ou menor, mais voltada para o curativo ou mais voltada para o preventivo, pode não estar relacionada à expectativa dos participantes em relação ao modelo.

“(...)Eu não gosto. Porque a gente tinha um modelo aqui que não era um modelo de estratégia de saúde da família, mas era um modelo que funcionava, pelo menos eu achava que funcionava, inclusive (...)eu acho uma atitude meio paternalista, sabe assim? Eu acho que se desse condição pra funcionar o Centro de Saúde mesmo bem com profissional, com equipamentos, com toda... tudo que você precisa, toda estrutura, sala com... pra você ir dar uma palestra bem legal, sabe? Carro pra você ir fazer as coisas comunitárias. Por exemplo, pra conseguir um carro aqui é a maior briga de foice. Entendeu? Então a minha expectativa não foi positiva. (...)Num sei, eu tô muito descrente. (...)” (P3)

“Não acho que é o melhor modelo de atendimento, porque a saúde precisa de especialistas lá na parte terciária. Você vem aqui, ah eu detecto uma doença aqui, tá você precisa ir pra tal especialista. Ele consegue? Não consegue porque ele não tem... não tem vaga, não tem como, entendeu? Então o quê que resolve isso? E o atendimento primário aqui ele é bem feito, ele já era bem feito. Não precisava de... e ainda tinha coisas melhores, que tinha uns especialistas aqui. É limitado? É. Só praaqui? É, mas pelo menos essa população tinha esse atendimento. Agora ninguém vai ter. Nem o daqui.” (P4)

“Se eu acredito na ESF? Eu acredito... Mas só que assim... é... a demanda é muito maior que

o ofertado, entendeu? Não tem condições hoje de você ter um atendimento pleno com quantidade diminuída de profissional. Principalmente na odontologia.(...)” (P2)

“Eu acredito no modelo e... eu acho que enfim, tudo na teoria é mais bonito que na prática né? (...) Se a gente conseguir se aproximar mais né... por exemplo, em relação à odontologia, essa questão de atender duas equipes, assim, foge muito do que é a estratégia de saúde, eu não consigo entender porque que isso não aconteceu, né? Então assim, eles querem que a gente atenda dentro da estratégia de saúde e me colocam pra atender quase 7.000 pessoas, então fica difícil eu nessa lógica conseguir trabalhar. Mas assim, eu acredito que se eu tivesse só uma equipe, se eu tivesse...que se fosse um atendimento ligado com toda equipe né, que eles acolhessem meus pacientes e conseguissem fazer... eu acho que funcionaria muito bem.” (P1)

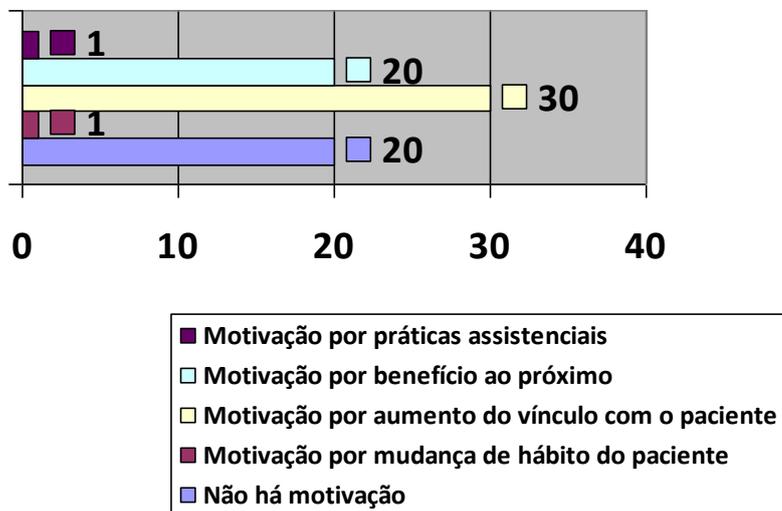
Quando perguntados sobre os fatores impeditivos ou limitantes à aplicação do modelo ESF, os achados vão ao encontro de outros resultados ^(10,15), em que o fator mais relatado pela eSB é a quantidade insuficiente de profissionais para compor equipes, de modo a atender a grande demanda de maneira devida. Além disso, outros fatores foram identificados:

a) localização desfavorável das UBS; b) condições adversas no ambiente de trabalho; c) logística prejudicada; d) falta de transporte para visitas domiciliares; e) falta de integração da eSB com eSF; e f) fatores socioculturais envolvendo a população ^(3,7,9-10,15).

Quando indagados sobre sua principal motivação em trabalhar na ESF, caso haja, 20% declaram não haver motivação e o restante (80%) declararam que sua principal motivação foi: mudança de hábito do paciente (1%), aumento do vínculo (30%), benefício ao próximo (20%), educação em saúde, palestra e atendimento (1%) (Gráfico 1). Com esta pergunta, notou-se o desconhecimento de alguns participantes a respeito dos conceitos de ESF e também uma desmotivação notável, mesmo para aqueles que se consideraram motivados. A hipótese apontada para uma porcentagem significativa de respostas positivas em relação à motivação, pode ter sido interpretada como a motivação da sua profissão, ao invés de motivação em trabalhar como ESF, uma vez que este resultado não está em concordância com o resultado referente à realização profissional ao trabalhar como ESF. O trabalho de Araújo ⁽¹⁰⁾ evidenciou que o salário também é uma das maiores motivações, fator este que não apareceu com as entrevistas do presente trabalho.

Gráfico 1. Motivação do trabalho como ESF nas eSB estudadas, 2016

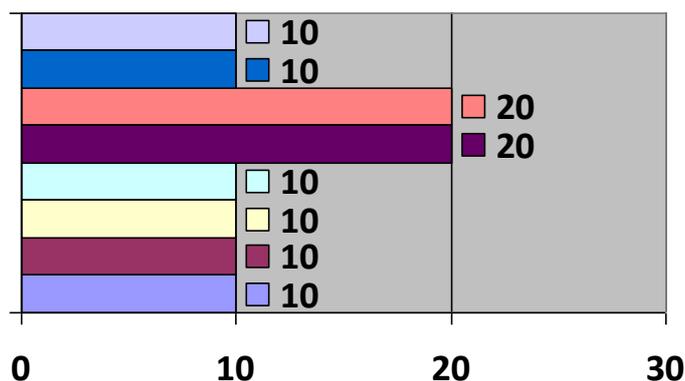
Motivação trabalho na ESF



Os respondentes apontaram inúmeros desafios, conforme segue: dificuldade quanto à logística, estrutura física inadequada, falta de materiais, falta de integração com a equipe (10%), respectivamente; aumento da valorização da Odontologia (10%); abordagem visando a promoção e educação em saúde (10%); atendimento restrito à população daquela área (10%); atendimento da população com demanda de prótese, que foge do controle deles (20%); falta de profissionais suficientes(20%); tentar implementar, passar do papel pra realidade (10%); trabalhar sem

recursos (10%) (Gráfico 2).Dois participantes tiveram suas respostas inconsistentes. Foram apontados poucos exemplos de avanços, como o resultado encontrado por Araújo⁽¹⁰⁾, em que os profissionais já notaram avanços com a mudança do modelo, por alguns deles, como melhora do vínculo (10%), ações preventivas (10%) e integração com a equipe (20%). Esse último foi também um aspecto encontrado no estudo de Farias⁽¹⁵⁾. As considerações levaram em conta situações que não são mutuamente excludentes, uma vez que um mesmo participante declarou mais de um fator.

Gráfico 2. Desafios eSB na ESF. 2016



- Trabalhar sem recursos
- Implementar planejamento
- Insuficiência profissionais
- Atendimento à população demanda de prótese
- Atendimento restrito à população daquela área
- Abordagem visando promoção e educação em saúde
- Aumento da valorização da Odontologia
- Dificuldade quanto logística, estrutura física inadequada, falta de materiais, falta de integração com a equipe

Os entrevistados demonstraram confusão conceitual entre educação e promoção de saúde, bem como ao realizar planejamento das atividades coletivas, que não faz parte dos procedimentos de rotina das eSBs estudadas.

Muitos foram os relatos que identificaram a expectativa negativa ou desmotivação perante o modelo da ESF; apesar disso, algumas eSBs formadas por esses profissionais obtiveram quantitativo positivo às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao analisar os resultados da pesquisa de campo com a proporção de profissionais que entraram em exercício antes da implantação de eSB em eSF e aqueles que entraram depois, a fim de identificar as implicações desse fator para o serviço, percebeu-se que os participantes com

maior tempo em exercício tendem a apresentar maior resistência ao novo, por estarem habituados a outro modelo, já que trabalharam mais tempo com o modelo tradicional desde que tomaram posse na Secretaria, do que o grupo que está há menos tempo na Secretaria ou que entrou já como membro da ESF. Fato este que pode justificar o forte vínculo ao modelo tradicional, principalmente no grupo que apresentou os piores indicadores.

Conclusão

Todas as UBS estudadas apresentaram proporção de atividades curativas superior em relação às coletivas, exceto uma. Observou-se que a percepção dos profissionais ao realizarem atividades coletivas é um fator que contribui, mas não é determinante, para o quantitativo da produtividade de atividades de

promoção da saúde e prevenção de doenças em contrapartida às atividades clínico-ambulatoriais, principalmente entre os dentistas, os quais são os principais responsáveis pelo plano de tratamento do usuário.

O estudo não pode ser extrapolado em seus resultados; diante disso, espera-se que mais estudos sejam realizados, visando compreender melhor o perfil dos profissionais e subsidiar gestores para que, num futuro dos profissionais da eSB na ESF, soluções essas apontadas pelos próprios profissionais participantes da pesquisa.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004.
3. BOARETO, P. **A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família**. Monografia [Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2011.
4. SCHERER, C. **O trabalho em saúde bucal na estratégia saúde da família: revisão da literatura e estudo qualitativo no Distrito Federal**. Dissertação [Mestrado]. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

próximo, possa melhorar a infraestrutura das UBS, aumentar a contratação de profissionais qualificados, ampliar o número de eSB por eSF de modo a atender a demanda reprimida, com a ampliação do acesso e atendimento com resolutividade, bem como subsidiar as equipes com o aparato necessário para o registro das atividades nos sistemas de informação e, até, garantir a educação continuada, visando aumentar o conhecimento e a motivação

5. NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40(spe), p. 141-147, 2006.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000, seção 1 p. 85.
7. PEREIRA, D.; PEREIRA, J.; ASSIS, M. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(2):599-609, 2003.
8. MENDES, E. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2011.
9. BARBOSA, A.; BRITO, E.; COSTA, I. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Brazilian Dental Science**, vol. 10(3), 2007.
10. ARAÚJO, L. C. **Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista** [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

11. CORDÓN, J. **A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório do histórico de cobertura de equipes de Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 8 set. 2017.
13. COSTA, R. et. al. O trabalho em equipe desenvolvido pelo cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: expectativas, desafios e precariedades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 7(24), 2012.
14. FLISH, T. M. P. **Práticas coletivas de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde em Contagem, MG** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
15. FARIAS, M.; COELHO SAMPAIO, J. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde pública**. 34(4):745-757, 2010.
16. CARVALHO, B.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, 30:1453-1462, 2014.
17. SANTOS, A. et. al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 23(1):75-85, 2007.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Participação dos autores:

QUINTANILHA, CE trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise estatística e de conteúdo e elaboração e redação final do texto

SOUZA, TAC trabalhou na concepção teórica, elaboração, análise estatística e revisão final do texto;

Recebido: 11.02.2019

Revisado: 13.03.2019

Aprovado: 06.05.2019