Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública

Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal

Juliana Pereira da Silva Faquim

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2016

Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal

Juliana Pereira da Silva Faquim

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Frazão

São Paulo

2016



DEDICATÓRIA

Só o Senhor conhece os desejos do meu coração, na alegria desse dia sinto-Te mais forte e, em agradecimento por Tua presença em todas as circunstâncias e por tantas bênçãos recebidas, desejo que todo conhecimento produzido seja usado para o bem!

Ao meu avô *Agostinho Rodrigues Pereira*, que infelizmente não está mais comigo, mas que foi um grande sábio, um contador de histórias e "causos" engraçados, uma referência para minha família. Vovô, eu sei que estás olhando por mim e acompanhando meus passos;

Aos meus pais *Maria de Lourdes Pereira Silva* e *Orvalino Alexandre da Silva*, verdadeiros doutores na arte de amar sem medida, nenhum banco de escola me ensinou mais do que vocês. Vocês me ensinaram que todo conhecimento deve ser usado para o bem! Eu divido com vocês os méritos dessa conquista, porque ela lhes pertence, ela é tão minha quanto de vocês!

A toda minha família Pereira, pela alegria de estar junto, pelos risos, pelas brincadeiras e pelo amor que sempre nos une!

À Zaira, Marcel e Sarah, obrigada por fazerem passar de forma rápida esses quatro anos, me fizeram sentir em família, obrigada pela cama, pelo travesseiro, pelo café cremoso, e pelo cheiro de casa. Todo dia na vida precisamos aprender pelo menos uma coisa diferente para valer a pena!

À tia Cláudia, tia Mirian e vovó Lurdinha, minhas ausências foram supridas, eu tenho certeza com o mesmo cuidado e amor de mãe que vocês deram, cuidaram, buscaram, levaram, fizeram dormir, escovaram os dentes. Só quero que saibam que eu sempre soube que vocês deram doces nos dias de semana e deixaram dormir tarde, mas quero que saibam que eu sempre ia tranquila porque eu tinha vocês aqui com eles.

À Diva, seu amor é igual ao amor de mãe... obrigada por cuidar, mas muito obrigada por amar os meus filhos! Suas palavras sempre me confortavam; "pode ir tranquila, vai ficar tudo bem"...você tinha razão!

Às minhas amigas-irmãs, Zelma e Marília, obrigada por nossa amizade tão linda, quem tem um amigo tem um tesouro!

Ao Michel... Mi, obrigada por sonhar e viver comigo os meus sonhos. Obrigada pelo respeito, pelo carinho, pela compreensão e o incentivo em todos os momentos. Foi difícil, eu sei... mas passou, nos deixou mais fortalecidos no amor e na admiração. A alegria de ter você comigo é imensa! Eu amo você, de coração!

À Bianca e Gustavo, obrigada meus amores pela alegria que vocês trazem todos os dias para minha vida! Um dia vocês vão crescer e vão entender como foi difícil para mamãe fazer esse doutorado. Quando crescerem e aprenderem a ler, quero que leiam aqui esse segredo que sempre guardei: chorei escondido cada vez que ia a São Paulo, mas me consolava acreditando que um dia tudo isso pudesse inspirá-los, o amor pela educação vale a pena, nos torna livres nos pensamentos, nos modifica, e transforma a forma como vemos as coisas para sempre. Espero um dia que entendam... É para vocês que faço tudo na minha vida, sempre!!!

AGRADECIMENTOS

Ao Sistema de Educação Pública Brasileira, que foi responsável pela minha formação na educação básica, educação fundamental, ensino médio, educação superior, mestrado e o doutorado. Espero retribuir todo o investimento, retornando à sociedade o produto intelectual desta tese e de toda formação ao longo da minha vida nos bancos de escolas públicas e de qualidade. Eu acredito na Educação Pública Brasileira!

Ao meu orientador, Frazão, como eu o admiro! Você teve o dom de me ensinar com palavras, no silêncio, no olhar e nas atitudes. Eu te observava enquanto falava, enquanto me corrigia, enquanto me ensinava, enquanto me respeitava, e te admirei ainda mais por isso. Obrigada por ter acreditado em mim. A você, a minha gratidão pela oportunidade, respeito e a confiança.

Ao Professor Paulo Capel, como sua presença me faz bem! Obrigada pelo acolhimento, pelo cuidado, seus abraços sempre me faziam sentir acolhida em São Paulo. Um dia sentou ao meu lado na minha qualificação e disse "vim te fazer companhia, esses momentos são sempre tensos". Eu já conhecia o professor Paulo Capel Narvai, de sabedoria e competências notáveis, mas nesse dia... ah, nesse dia eu conheci um ser humano maravilhoso!

À Natália Bernardes Palazzo Buiatti, amiga e companheira desde os tempos de militância estudantil! Você foi a surpresa mais bela, doce e rica desse doutorado! Sua competência é de encher os olhos e o coração, foi uma honra tê-la como apoio intelectual no meu campo de pesquisa! Você fez toda diferença, meu agradecimento e gratidão!!!

À Karen Dolenkei, aluna tão dedicada que esteve comigo em todas as etapas desse doutorado, nas oficinas, nas entrevistas, nas transcrições, nas alegrias e nos apertos! Obrigada por sua presença na minha vida nesse momento tão especial.

À Rúbia Pereira Barra e Liliane Parreira Tannús Gontijo, sanitaristas de alma e de coração, vocês me incentivaram a me aventurar pelos caminhos da saúde pública. São grandes inspirações!

A todos os professores da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, que juntos fazem da ESTES um dos melhores lugares para se trabalhar, o meu agradecimento por todo apoio e carinho, em especial à Marisa, Maria Helena, Inês, Samara, Ludmila, Bruno, Aline e Alexandre.

Aos professores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, meu agradecimento pelo apoio. Continuemos firmes no propósito de pensar a formação com uma visão humanista e superando as barreiras disciplinares!

Ao Leonardo Carnut, meu amigo de doutorado, com quem dividi as angústias e alegrias!

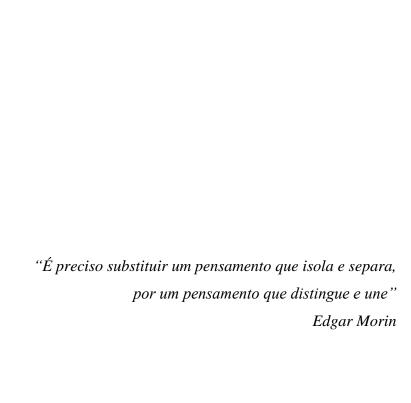
À Prefeitura Municipal de Uberlândia, meu agradecimento pelo apoio e oportunidade de campo para minha pesquisa.

Às equipes das unidades de saúde do Jardim Célia e Alvorada, meu agradecimento sincero pela colaboração. Pesquisas de intervenção são sempre desafiadoras, mas vocês tornaram essa pesquisa mais leve e prazerosa! Fizeram-me acreditar de fato que a colaboração interprofissional pode impactar a qualidade do cuidado oferecido!

À Faculdade de Saúde Pública, seus docentes e funcionários por todo o ambiente criado e apoio durante minha formação.

Aos membros do Cecol, o meu agradecimento pela companhia e engrandecimento intelectual na formação em Vigilância da Saúde Bucal.

Ao CNPq, pelo apoio e financiamento desta pesquisa.



FAQUIM, J.P.S.F. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal [tese de doutorado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Uma das mudanças mais importantes na produção do cuidado à saúde é a reorganização do processo de trabalho para a atuação de equipes multiprofissionais com abordagens interdisciplinares. A colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde, e como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde. Objetivo: Descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre as relações interprofissionais na atenção ao pré-natal, construir coletivamente e testar um protocolo de atenção à gestante para impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado. Métodos: Para isso, realizou-se previamente um estudo observacional descritivo para seleção de duas unidades de saúde. Na sequência foi realizado um estudo de intervenção do tipo antes e depois, com um grupo de controle pós-teste, incluindo métodos mistos. A população do estudo compreendeu oito profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) e 60 gestantes cadastradas em duas unidades de saúde da família do município de Uberlândia, sendo 36 incluídas no grupo intervenção e 24 no grupo controle. Dados numéricos, narrativas provenientes de entrevistas e registros de diário de campo foram usados para identificar mudanças na autoavaliação da saúde bucal, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo OHIP-14, na percepção das gestantes sobre o trabalho em equipe e nas práticas profissionais. Testes estatísticos para detectar diferenças de significância e análise temática de conteúdo foram empregados para interpretar os desfechos. **Resultados:** Em geral, observou-se percepção/atitude favorável dos profissionais em relação à colaboração interprofissional. Diferenças entre as categorias profissionais podem representar uma barreira subjetiva à implementação de protocolos que demandariam maior grau de trabalho colaborativo. Diferenças entre as unidades de atenção primária mostraram que a interação entre membros das equipes multiprofissionais pode sobrepujar dificuldades decorrentes do modo isolado e distinto no qual cada categoria profissional é formada. Foi produzido um Protocolo de

Atenção à Gestante abrangendo o fluxo e a dinâmica dos processos de trabalho dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional. Segundo os profissionais, a intervenção apesar do seu caráter desafiador, estimulou o comprometimento da equipe para reorientar o processo de trabalho resultando em maior interação profissional colaborativa. Em relação às gestantes, a maioria era jovem (menos de 26 anos de idade) e tinha ensino médio incompleto ou completo sem diferenças significativas entre os grupos teste e controle. Gestantes do grupo intervenção perceberam que os profissionais trabalhavam mais em equipe do que as gestantes do grupo controle. De modo geral, as gestantes avaliaram que a saúde bucal e a qualidade de vida decorrente da saúde bucal melhoraram após a intervenção. Conclusões: Concluiu-se que apesar da percepção geral dos profissionais favorável à colaboração interprofissional, recursos formais e organizacionais não estavam sendo empregados. O método ZOPP se mostrou flexível e adequado para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e para a construção de um protocolo de organização de serviços na atenção primária à saúde. O Protocolo de Atenção à Gestante testado provocou tensões e produziu efeitos positivos na colaboração interprofissional e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal contribuindo para qualificar a atenção ao pré-natal oferecido.

DESCRITORES: Colaboração interprofissional, Estratégia de Saúde da Família, cuidado pré-natal.

FAQUIM, J.P.S.F. Interprofessional collaboration on the Family Health Strategy: aspects of production care during the antenatal [PhD thesis]. São Paulo. School of Public Health, University of São Paulo, 2016.

ABSTRACT

Introduction: One of the most important changes in health care production is the reorganization of the work process including multi-professional teams and interdisciplinary approaches. The interprofessional collaboration has been identified as a resource that can be mobilized to increase the effectiveness of health systems, and as an innovative strategy, it can play an important role in facing problems of the health care model and health workforce. **Objectives**: To describe the perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care within antenatal care, to build collectively and test a pregnant care protocol to boost skills in collaborative work for improving the quality of care. Methods: For this, an observational study for selection of two health units was carried out. After that, a before-after study, with a post-test control group, including mixed methods was undertaken. The study population comprised eight health professionals (doctors, dentists, nurses and technicians in oral health) and 60 pregnant women enrolled in two health units of the family of Uberlândia city, 36 categorized in the intervention group and 24 in the control group. Numerical data, narratives from interviews and field diary records were used to identify changes in self-rated oral health, quality of life related to oral health measured by OHIP-14, in the perception of pregnant women about the teamwork and the professional practices. Statistical tests to detect differences of significance and thematic content analysis were used to interpret the outcomes. Results: In general, the perception/attitude of health professionals was favorable on interprofessional collaboration. Differences among the determined professions can represent a subjective barrier before implementation of collaborating protocols. Differences among primary healthcare showed that interaction among workers of multi-professional team can surpass difficulties derived of isolated and distinct way in which every worker is graduated. A Pregnant Care Protocol was produced and tested covering the flow and dynamics of work processes within an interprofessional collaborative perspective. According to the professionals, the intervention despite its challenging character, encouraged the team's commitment to refocus the work process resulting in more collaborative professional interaction. Most of pregnant women were young (under 26 years old) and had incomplete or

complete high school with no significant differences between the test and control groups. Pregnant women realized that professionals worked more as a team in the intervention group than in the control group. Self-rated oral health and oral health-related quality of life in pregnant women improved after intervention. **Conclusions**: In conclusion, despite the general perception in favor of, formal and organizational resources associated with interprofessional collaboration are not being employed. The ZOPP method proved flexible and suitable for the development of skills for collaborative work and the construction of a protocol services organization in primary health care. It was concluded that the Pregnant Care Protocol tested caused tensions and produced positive effects on interprofessional collaboration and on oral health-related quality of life contributing to improve antenatal care offered.

KEYWORDS: Interprofessional collaboration, Family Health Strategy, antenatal care.

Sumário

	APR	ESENTAÇÃO	15			
PARTE I: CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA						
	1	INTRODUÇÃO	20			
	1.1	Colaboração interprofissional: uma estratégia no campo da gestão do trabalho	20			
	1.2	Atenção ao pré-natal	22			
	2	OBJETIVOS	25			
	2.1	Objetivo Geral	25			
	2.2	Objetivos Específicos	25			
	3	MÉTODOS	26			
	3.1	Local do estudo	27			
	3.2	Tipo do estudo	27			
	3.3	Etapas do estudo	28			
	3.4	Descrição inicial e definição das unidades participantes	29			
	3.5	Seleção das unidades de estudo e detalhamento das necessidades	31			
	3.6	Elaboração do projeto de intervenção	32			
	3.7	Intervenção propriamente dita	33			
	3.8	Considerações éticas	34			
PΑ	PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA30					
	4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	38			
	4.1	Artigo 1	39			
	4.2	Artigo 2	59			
	4.3	Artigo 3	97			
PΑ	RTE	III: CONCLUSÕES	. 125			
	5	CONCLUSÕES	. 127			
RE	FERI	ÊNCIAS	. 130			
ΑP	ÊND	DICES	. 137			
	APÊ	NDICE 1: Desenho da pesquisa	. 138			
	APÊ	NDICE 2: Mapa das Unidades Envolvidas no Estudo	. 139			
	APÊ	NDICE 3: Roteiro de Observação da Unidade de Saúde	. 140			
	APÊ	NDICE 4: Entrevista Semiestruturada aos Profissionais de Saúde	. 141			
		NDICE 5: Árvore de Problemas				
		NDICE 6: Árvore de Objetivos				

	APÊNDICE 7: Marco Lógico	146
	APÊNDICE 8: Protocolo de Atenção à Gestante	147
	APÊNDICE 9: Entrevista Estruturada às Gestantes	151
	APÊNDICE 10: Parecer Consubstanciado do CEP	153
	APÊNDICE 11: Termo de Encaminhamento para Pesquisa Acadêmico-Científica 2013/2014	155
	APÊNDICE 11: Termo de Encaminhamento para Pesquisa Acadêmico-Científica 2014/2015	156
	APÊNDICE 12: TCLE para os profissionais - primeira etapa da pesquisa	157
	APÊNDICE 13: TCLE para os profissionais - segunda etapa da pesquisa	158
	APÊNDICE 14: TCLE para gestantes	159
	APÊNDICE 15: Termo de Aceitação de Apoio Financeiro	160
Α	NEXOS	161
	ANEXO 1: Comprovante de submissão do artigo 1	162
	ANEXO 2: Regras de submissão da Revista Saúde em Debate	163
	ANEXO 3: Página inicial do currículo Lattes do orientador	166
	ANEXO 4: Página inicial do currículo Lattes da candidata	167

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

A 4 •	4
Artigo	
	_

Tabela 1	Distribuição dos respondentes por categoria profissional e faixa etária	55
Tabela 2	Distribuição dos respondentes segundo o grau de percepção em relação à hierarquia, habilidade em evitar conflitos e importância das atividades de colaboração	56
Tabela 3	Distribuição dos respondentes segundo a atitude em relação à colaboração interprofissional	57
Tabela 4	Distribuição dos respondentes segundo questões relacionadas aos recursos formais de colaboração interprofissional	58
Artigo 2		
Figura 1	Árvore de Problemas	92
Figura 2	Relação do problema central com as causas e efeitos	93
Figura 3	Árvore de Objetivos	94
Figura 4	Relação do objetivo geral com os objetivos relacionados à unidade de saúde, gestantes e equipe	95
Artigo 3		
Figura 1	Desenho da pesquisa	120
Figura 2	Perguntas do formulário de entrevista respondido pelas gestantes	121
Tabela 1	Distribuição das gestantes dos grupos intervenção e controle segundo faixa etária e escolaridade. Unidades do Programa de Saúde da Família Jardim Célia e Alvorada, Uberlândia, MG, janeiro a outubro de 2015	122
Tabela 2	Estatística descritiva das variáveis do estudo segundo as gestantes dos grupos intervenção e controle. Unidades do Programa Saúde da Família Jardim Célia e Alvorada, Uberlândia, MG, janeiro a outubro de 2015	123

APRESENTAÇÃO

A colaboração ou cooperação interprofissional têm sido termos presentes na prática cotidiana na área da saúde e são utilizados para descrever a natureza da interação entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços. Contrapõem-se às relações tradicionais hierarquizadas, antes caracterizadas por relações paternalistas, autoritárias e unilaterais. Emerge como uma estratégia para o desenvolvimento do trabalho em equipe buscando responder à necessidade de mudança para um modelo de atenção mais abrangente e integral. Está relacionado a uma ética do cuidado e se aproxima de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos (FEELEY e col., 2005).

As discussões na área da saúde sobre este tema têm início na primeira metade do século passado, porém, a importância da temática nas produções científicas e nos projetos de prática multiprofissional aumentou, significativamente somente após a segunda guerra mundial (BALDWIN, 2007).

Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde passa a considerar a educação interdisciplinar como estratégia complementar aos programas tradicionais de ensino na formação dos profissionais de saúde (OANDASAN e col, 2004) e em 2007 anuncia a criação de um grupo de estudos em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, para responder uma necessidade em formar mais profissionais para a área da saúde de maneira interdisciplinar e elaborar novas estratégias de ensino, reconhecendo a necessidade desta temática na construção de sistemas e programas de saúde na atualidade (YAN e col, 2007). Estas estratégias são endossadas em 2010 através do lançamento da publicação: "Framework for action on interprofessional education & collaborative practice" (WHO, 2010).

Estudos e revisões realizadas têm mostrado que os efeitos da prática cooperada podem alcançar desde uma melhor resolubilidade das ações (OANDASAN e col, 2004, GALBOURY e col, 2009), incluindo o aumento da diversidade de sua oferta (GABOURY e col, 2009, D'AMOUR e col, 2005) até a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes (OANDASAN e col, 2004). Pode melhorar os resultados no cuidado a pacientes de grupos específicos (STRASSER e col, 2008, SINCLAIR e col, 2009); usuários de serviços de práticas complementares (GABOURY e col, 2009) e de equipes de saúde da família (GOLDMAN e col, 2010, WAY e col 2001). Equipes que cooperam entre si, parecem

estar mais aptas e reunir maior capacidade para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da população/comunidade, desenvolver novas tecnologias de atenção produzindo respostas às demandas da saúde (OANDASAN e col, 2004).

Em um estudo sobre a tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras (BRASIL, 2015) com base nas características estruturais destas unidades e com o objetivo de informar a tomada de decisão e orientar ações governamentais para melhoria da qualidade da atenção prestada, concluiu-se que são inegáveis os avanços na cobertura de atenção básica, com mais de 35.000 equipes de saúde da família atuando em todo o país. Todavia o estudo apontou que ainda permanecem importantes desafios, entre os quais se destacou o isolamento dos profissionais da equipe de saúde bucal ou ausência dessas equipes, com prejuízos à integralidade do cuidado. Nesse mesmo estudo, foi feita uma relação das dimensões e respectivas variáveis do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica sendo que um padrão determinado como referência, era existência de equipe de saúde bucal na unidade básica de saúde.

A atenção ao pré-natal enquanto campo de práticas exige uma conexão de conhecimentos interdisciplinares para produzir cuidados que busquem a atenção integral do paciente, representando um bom espaço de estudo para práticas colaborativas. Um bom exemplo são as alterações comuns na cavidade bucal durante a gestação que podem levar a possíveis implicações sistêmicas, se não tiverem o devido cuidado e atenção, tal como as doenças periodontais que podem ser fator de risco para o parto prematuro (< 37 semanas) ou com bebês com baixo peso ao nascer (< 2.500g) (MADIANOS, 2013).

Nesse contexto, pesquisas de intervenção com foco na colaboração interprofissional são importantes para investigar os efeitos nas relações interprofissionais e na qualidade do cuidado oferecido (ZWARENSTEIN e col., 2009).

Nessas pesquisas de intervenção, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a necessidade de compreensão dos fenômenos têm levado a uma crescente utilização de métodos mistos de pesquisa que envolvem abordagens quantitativas e qualitativas. Esse desenho de pesquisa apesar de apontar desafios e enfrentamentos como a necessidade de ampla coleta de dados, a análise de dados de texto e dados numéricos, tem sido uma alternativa para obter uma análise mais abrangente do problema de pesquisa em especial na atenção primária (CRESWELL, 2007).

Apesar dos benefícios que se atribui à colaboração interprofissional, há poucos estudos mostrando empiricamente os efeitos da colaboração na prática clínica (ZWARENSTEIN e

col., 2005), o que torna importante para produção de novos conhecimentos, pesquisas que abordem a colaboração interprofissional envolvendo a saúde bucal na atenção ao pré-natal.

Este cenário configurou-se propício ao desenvolvimento deste estudo, que teve como objetivo descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da atenção primária sobre as relações interprofissionais na atenção ao pré-natal, construir coletivamente e testar um protocolo de atenção à gestante para impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado.

Assim, este trabalho é apresentado em três partes. A primeira, denominada "Contexto e caracterização da pesquisa", aborda uma breve introdução à problemática de pesquisa e bem como detalha os objetivos e o percurso metodológico. A segunda parte contempla os produtos da pesquisa com apresentação dos resultados no formato de três artigos, que serão submetidos à publicação em periódicos. A terceira e última parte discorre sobre as considerações finais e as implicações para o campo da saúde pública.

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA



..."a mulher quando fica grávida vira barriga, todo mundo só quer saber da barriga dela, o prénatal naquele momento também reforçava isso, ele não trazia um trabalho de equipe multiprofissional, não tinha nutricionista, não tinha assistente social, não tinha educador físico, era o básico, consultas de enfermagem e consultas médicas"...

..."com esse projeto, vi, que podemos dar inicio naquilo que a gente sempre quis, ver a mulher gestante por completo"...

..."é um projeto que pode ser uma grande estratégia"...

Primeiro encontro da oficina, 04/09/2014. Dr. Wellington Muniz Ribeiro. Médico, Funasa, Diretor de Gestão de Pessoas da Prefeitura Municipal de Uberlândia, convidado para a oficina de abertura da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Colaboração interprofissional: uma estratégia no campo da gestão do trabalho

Segundo MORIN (2004), há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas, e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários. E na saúde também é assim, as especializações e hiperespecializações têm fragmentado não apenas os saberes impedindo de ver o global, mas também as conexões e as relações interprofissionais não permitindo muitas vezes uma integração em função do foco fechado, o que compromete a atenção integral ao paciente.

A organização de um processo complexo como a atenção à saúde das pessoas não resulta de um movimento simplista e mecânico e nem deve ser pensada como ação improvisada. As hiperespecializações, as fragmentações disciplinares e a falta de conexões entre as áreas de conhecimento tornam impossível apreender o que é complexo, isto é, o que é tecido junto.

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 e inicialmente de uma fase restrita às áreas de maior risco social, o programa expandiu-se para se afirmar como uma estratégia articulada aos princípios da reforma sanitária e comprometido com a garantia da universalidade e integralidade da atenção (BORGES E BAPTISTA, 2010).

Nesta proposta, o processo de trabalho deve ser conduzido por equipes de saúde composta por diferentes profissionais, refletindo a ampliação da concepção do processo saúde-doença, por meio da oferta tecnologias específicas de Atenção Primária à Saúde (APS) e da organização das ações das necessidades do território (STARFIELD e SHI, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os profissionais deverão organizar suas práticas de modo que o diagnóstico de saúde da comunidade, componente do processo de planejamento e programação local de suas ações, seja realizado a partir de uma abordagem interdisciplinar levando em consideração os

determinantes sociais da saúde-doença, a integralidade da atenção, a resolubilidade e a intersetorialidade, entre outros (BRASIL, 1997).

A colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (WHO, 2010).

Uma das mudanças mais importantes na produção do cuidado em saúde é a reorganização do processo de trabalho substituindo a atuação isolada de profissionais pela atuação de equipes multiprofissionais (D' AUNNO, 1996). O emprego de equipes multiprofissionais no sistema de saúde é uma exigência que decorre das transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX e cuja consequência tem sido a mudança na estrutura demográfica das populações (transição demográfica) e nos padrões de morbimortalidade (transição epidemiológica) nas regiões mais desenvolvidas do mundo.

No caso do Brasil, esse quadro é marcado por uma tripla carga de doenças relacionadas às doenças transmissíveis, às doenças crônicas não transmissíveis e aos agravos decorrentes das diferentes formas de violência. Nesse cenário, a concepção saúde-doença mais ampla é uma exigência crescente que passa a nortear a mudança progressiva dos serviços, por meio da qual se busca a superação do modelo biomédico, assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento à queixa de quem o procura, para um modelo de atenção integral à saúde, centrado nas necessidades do paciente.

Segundo HEINNEMAN (2002) a colaboração é o elemento que mais influencia o trabalho em equipe. A colaboração interprofissional nas equipes de saúde representa a estruturação da ação coletiva por meio de transmissão de informações e da tomada decisões compartilhadas (D'AMOUR, 1997). Quando os profissionais de uma equipe de saúde conseguem trabalhar em colaboração, esperam-se resultados positivos tanto para os pacientes como para os profissionais, as organizações e o sistema (SULLIVAN, 1998).

Apesar da eficácia que se atribui à colaboração interprofissional, há poucos estudos que têm demonstrado empiricamente os efeitos da colaboração na prática clínica (ZWARENSTEIN e col., 2005). Uma das dificuldades para conduzir esses tipos de estudos é que na atualidade existem poucos instrumentos válidos que permitem medir o grau de colaboração interprofissional no contexto das equipes de saúde (SCHIMITT, 2001).

1.2 Atenção ao pré-natal

O PSF implantado em 1994 tem sido uma estratégia governamental para reorientação do modelo de atenção e reconhecido como política pública de maior potencial para alcançar - com custos suportáveis - a universalização do acesso à atenção integral. De acordo com BAYEH (2002), a estratégia do PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, incorporando assim os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Em 1998, o programa passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma das suas qualidades é ser composto por uma equipe multiprofissional que pode contar com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, auxiliar de saúde bucal, técnico em saúde bucal, nutricionista, farmacêutico além do pessoal de apoio. Esses profissionais com diferentes formações, habilidades e competências precisam interagir, unir e dispor seus saberes oferecendo uma assistência humanizada e baseada nos princípios do SUS, superando o modelo anterior.

Segundo ALMEIDA E MISHIMA (2001), a ESF pode-se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Se esta integração não ocorrer, correse o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Para construir uma ação de interação entre profissionais da equipe, é necessário um processo de formação e capacitação permanente de todos envolvidos para responder a este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um "olhar vigilante e uma ação cuidadora" sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população compreendida como parceira da equipe de saúde (ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

Com a criação do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher recebeu impulso com iniciativas voltadas para a redução da mortalidade da

mulher em idade fértil, implementação de programas de humanização do pré-natal e do nascimento, incorporação de ações para incentivar a melhoria dos programas de contracepção e centros de parto normal.

A preocupação com a saúde integral da mulher é recente em nosso país, e a *Saúde da Mulher* enquanto área temática de conhecimento interdisciplinar e modalidade de intervenção programática vem ganhando importância. Os primeiros programas de saúde da mulher enfocavam apenas o momento da gravidez e do parto, levando a crer que o mais importante era proteger a criança ao nascer. Nos anos 1980, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que representou um novo ciclo na saúde da mulher brasileira, rompendo-se com décadas de visão materno-infantil, onde a mulher era vista apenas na sua condição de mãe, e a grande preocupação estava voltada para o bebê.

Na saúde da criança, as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde.

Em 2000 a Organização das Nações Unidas ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu os Oito Objetivos do Milênio, os quais deveriam ser atingidos por todos os países até 2015, dentre eles, um é melhorar a saúde das gestantes, mostrando que de fato, é uma preocupação pertinente e que precisa ser estudada (IPEA, 2014).

Melhorar a saúde materna, um desses objetivos, não significa apenas zelar pela saúde reprodutiva da mulher, função bastante valorizada no passado, mas, sobretudo, assegurar um conjunto de condições objetivas e subjetivas que permitam à mulher o pleno exercício de suas capacidades nas tarefas da vida diária, no trabalho e no relacionamento interpessoal e comunitário (IPEA, 2014). A saúde bucal é parte desse conjunto de condições, essencial para a mulher realizar funções como mastigação, deglutição e fonação e, também pela dimensão estética, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.

A mulher possui ciclos biológicos correspondentes ao seu padrão hormonal típico e exclusivo. Os ciclos que envolvem a saúde da mulher são: menacme (fase reprodutiva), gestação, climatério (período de transição entre a fase reprodutiva e a fase não reprodutiva ou senil da mulher). Dentre esses, o período gestacional é considerado um momento singular, muitas mudanças fisiológicas acontecem e podem afetar sensivelmente o corpo da mulher.

Alterações na cavidade bucal durante a gestação são comuns e alguns estudos apontam para possíveis implicações sistêmicas, se não tiverem o devido cuidado e atenção, significando um fator de risco para o parto prematuro (< 37 semanas) ou com bebês com baixo peso ao nascer (< 2.500g). Um exemplo clássico é a gengivite, ou inflamação gengival potencializada pela flutuação do nível dos hormônios circulantes, essas e outras conexões têm sido identificadas entre a saúde bucal e a gestação, justificando a importância de elaboração de protocolos de cuidado à saúde dirigidos à gestante incluindo a atenção à saúde bucal durante o pré-natal, e apontamentos para uma mudança no modelo assistencial do cuidado à gestante (MADIANOS, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre as relações interprofissionais na atenção ao pré-natal, e testar um protocolo de atenção à gestante, construído coletivamente, para impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre as relações interprofissionais na atenção ao pré-natal em unidades de saúde de um município brasileiro de grande porte, cotejando com o uso de recursos formais e ferramentas que facilitam a interação;
- 2 Construir coletivamente um protocolo de atenção à gestante por meio do método ZOPP, com base no trabalho colaborativo e incremento da qualidade do cuidado, e adequando os serviços às necessidades dos usuários;
- 3 Testar um protocolo de atenção à gestante, sob governabilidade de uma equipe multiprofissional, para avaliar o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e na colaboração interprofissional em duas unidades de saúde de atenção primária à saúde que fazem parte da Estratégia Saúde da Família.

3 MÉTODOS



... "há uma dificuldade de comunicação no acompanhamento das atividades da gestante, mesmo a gente trabalhando em equipe a gente não se comunica, o paciente vai na dentista, e eu não sei se já tratou, os pacientes que vem pra mim (médica), a dentista não sabe se está frequentando direitinho, se faltou ou não"...

..."a gente não conversa sobre as gestantes... apesar da gente se comunicar, a gente não conversa sobre o que eu estou fazendo e o que ela está fazendo no paciente"...

..."precisamos mudar, o pré-natal tem que ser de todo mundo, do médico, do enfermeiro, do dentista, de todo mundo, precisamos compartilhar as ações, a gestante tem que ter uma rotina de passar por todo mundo da unidade"...

3.1 Local do estudo

Uberlândia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado no Triângulo Mineiro e também pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 560 quilômetros. Sua população, segundo dados do IBGE de 2010, é de 604.013 habitantes, sendo 97,23% (587.266) residentes na área urbana e 2,77% (16.747) residentes na área rural, é o mais populoso da região do Triângulo Mineiro, segundo mais populoso de Minas Gerais, e o trigésimo do Brasil. Ocupa uma área de 4.115,82 quilômetros quadrados.

O município está subdivido em quatro distritos, Cruzeiro dos Peixotos (24 km), Martinésia (32 km), Miraporanga (50 km) e Tapuirama (38 km). Os pontos de atenção de saúde da rede municipal estão regionalizados em cinco setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem no total 48 Equipes de Saúde da Família distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) entre rurais e urbanas e mais duas Unidades de Apoio à Saúde na zona rural (UBERLÂNDIA, 2013).

3.2 Tipo do estudo

Foi realizado um estudo de intervenção do tipo antes e depois, incluindo métodos mistos, precedido de uma etapa observacional em todas as unidades de atenção primária à saúde do município de Uberlândia que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que ofereciam assistência odontológica no momento do estudo, totalizando treze unidades, a fim de selecionar duas para a intervenção. Essas unidades foram selecionadas admitindo-se que os princípios que orientam a ESF representam um espaço propício para elevar o grau de colaboração interprofissional. A região foi selecionada porque o município desenvolve programas de atenção materno-infantil e possui equipes de saúde bucal compostas por cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal. Além disso, como parte da equipe do projeto reside na região, por razões econômicas e operacionais, justifica-se a seleção da região.

3.3 Etapas do estudo

As etapas do estudo compreenderam três momentos: (1) descrição inicial e definição das unidades participantes; (2) Seleção das unidades de estudo, detalhamento das necessidades e elaboração do projeto de intervenção; e (3) intervenção propriamente dita, conforme ilustrado pelo *Desenho da Pesquisa* (APÊNDICE 1). O estudo envolveu momentos de abordagem qualitativa e momentos de abordagem quantitativa podendo-se inscrever o desenho no conjunto de estudos que empregam métodos mistos (CRESWEEL, 2009; BRYMAN, 2006).

Métodos mistos envolvendo uma integração qualitativa e quantitativa da coleta e da análise de dados em um único estudo ou programa de investigação têm sido usados na pesquisa na atenção à saúde. Isso permite conhecer não somente se as intervenções funcionam, mas também compreender como elas funcionam e como desenvolver melhor tanto as intervenções como as avaliações que podem ser implementadas em ambientes de atenção à saúde. Métodos diferentes possuem diferentes potencialidades e fragilidades para abordar essas questões, sendo os métodos qualitativos adequados para abordar como as intervenções operam e os métodos quantitativos mais adaptados para abordar se essas intervenções são efetivas (POPE & MAYS, 2009).

Dessa forma, a complexidade de fatores que afetam a atenção à saúde, em especial nas unidades de atenção materno-infantil que englobam profissionais de distintos níveis e formações, bem como o desejo de responder a uma variedade maior de questões a seu respeito, transformaram a abordagem com métodos mistos em uma necessidade para esse estudo.

Aqui a abordagem qualitativa foi empregada para ajudar o pesquisador ao longo das diferentes fases do desenvolvimento e da avaliação, compreender melhor como as intervenções podem funcionar e melhorar o modo pelo qual são oferecidas na prática, enquanto a abordagem quantitativa foi usada para identificação e seleção das unidades de saúde para o estudo, bem como para mensurar os resultados relativos aos efeitos da intervenção.

3.4 Descrição inicial e definição das unidades participantes

Para esse momento inicial foi realizada uma triangulação de fontes, onde os dados foram coletados através de fontes múltiplas que incluem entrevistas, observações e análise de documentos. Isso ajudou a buscar padrões de convergência, delinear uma interpretação global, assegurar a abrangência de um conjunto de achados e uma inserção mais aprofundada dos pesquisadores no contexto de onde emergem os fatos, as falas e as ações dos sujeitos (POPE & MAYS, 2009).

Segundo QUIVY e CAMPENHOUDT (2003), três grandes grupos de métodos de coleta de dados podem ser utilizados como fontes de informação nas investigações qualitativas (a) observação, (b) inquérito (entrevista) ou escrito (questionário), (c) análise de documentos. Isso permite recorrer a várias perspectivas sobre a mesma situação, bem como obter informações de diferentes natureza e proceder comparações efetuando a triangulação da informação (IGEA e col., 1995).

Os registros ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, relativos às ações materno-infantis foram analisados para identificar o percentual de gestantes inscritas, idade gestacional, faixa etária da gestante, grau de escolaridade e ocupação da gestante, estilo de vida (álcool, drogas ilícitas, tabagismo), risco gestacional, número de gestações, data da primeira consulta de prénatal, número de consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais, aplicação de vacinas, primeira consulta odontológica, grupo de gestantes. Além disso, documentos normativos foram buscados para identificar elementos normativos empregados pela Secretaria Municipal da Saúde para orientar a realização dessas ações.

Após análise desses registros, foram realizadas visitas agendadas em 13 unidades de atenção primária à saúde da região do estudo que fazem parte da ESF: UAPSF Lagoinha I, UAPSF Lagoinha II, UAPSF Santa Luzia, UAPSF São Jorge II, UAPSF São Jorge III, UAPSF Shopping Park I, UAPSF Aclimação, UAPSF Alvorada, UAPSF Ipanema I, UAPSF Mansour I, UAPSF Mansour II, UAPSF Morada Nova, UAPSF Jardim Célia, conforme ilustrado pelo *Mapa das Unidades Envolvidas no Estudo* (APÊNDICE 2). Procederam-se nessas unidades as observações "in loco" através de um *Roteiro de Observação da Unidade*

de Saúde (APÊNDICE 3) e aplicação da Entrevista Semiestruturada aos Profissionais de Saúde (APÊNDICE 4).

Uma Unidade de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF Jardim Botânico) que não oferecia assistência odontológica foi escolhida como unidade piloto para testar os instrumentos, cronometrar o tempo das entrevistas e avaliar os aspectos funcionais, tais como, pertinência, organização, clareza das questões, de modo a corrigir e melhorar eventuais problemas, antes da aplicação definitiva.

As observações in loco guiadas pelo Roteiro de Observação da Unidade de Saúde foram realizadas por um entrevistador especialmente treinado a fim de caracterizar os recursos da unidade básica de saúde através de indicadores relativos à estrutura física (recepção, arquivo de prontuários, sala de reuniões e educação em saúde, consultório com sanitário, consultório, consultório odontológico, sala de vacina, equipo odontológico, escovário, área de compressor, sanitário para usuário, sanitário para deficiente, banheiro para funcionários, sala de recepção, lavagem, descontaminação e esterilização de materiais, sala de utilidades, abrigo de resíduos sólidos, depósito de lixo) e indicadores relativos aos recursos humanos (número de funcionários da unidade, equipe de enfermagem, equipe de saúde bucal, ginecologia, obstetrícia e outras áreas).

Além disso, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas por esse entrevistador em uma sala reservada no próprio local de trabalho para assegurar sua privacidade. Participaram da entrevista os cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, enfermeiros e médicos que atuam na atenção materno-infantil das unidades. Na entrevista pretendeu-se obter dados gerais, profissionais, sobre a unidade de saúde, organização do trabalho e produção do cuidado, interação profissional e interesse pela pesquisa.

Os roteiros de observação das unidades de saúde, as análises dos registros ambulatoriais do SUS relativas às ações materno-infantis e parte da entrevista semiestruturada aos profissionais geraram dados quantitativos de caracterização e perfil das unidades, número de gestantes e atendimentos, presença ou não de grupos de gestantes, entre outros, que subsidiaram a seleção das unidades para o estudo.

As entrevistas semiestruturadas produziram também dados quantitativos e qualitativos relativos aos dados profissionais, organização do trabalho e produção do cuidado, interação profissional e disposição e interesse pela pesquisa. Para análise e processamento desses dados foram adotados os seguintes passos: ordenação dos dados, através do seu mapeamento; classificação dos dados, pela leitura exaustiva do material para identificação de temas

relevantes e estabelecimento de categorias temáticas; análise final, por meio da realização de articulações entre os dados e os referenciais teóricos (MINAYO, 2007).

3.5 Seleção das unidades de estudo e detalhamento das necessidades

Com base nos dados coletados na etapa anterior e por razões operacionais, entre as treze unidades visitadas foram selecionadas intencionalmente duas unidades para a intervenção, por apresentarem características comuns em termos de população assistida, condições semelhantes e favoráveis de estrutura física, declaração de interesse por parte dos profissionais e da gestão, e grau favorável de colaboração interprofissional.

Os participantes dessa etapa compreenderam quatro categorias de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) das unidades selecionadas, totalizando oito profissionais de saúde e duas gestantes usuárias do SUS que realizaram o prénatal e tiveram seus bebês na rede pública da cidade. Além desses participantes, estavam inseridos nesse contexto a pesquisadora realizando uma observação participante, e dois auxiliares de pesquisa.

Uma oficina de formação com doze sessões foi elaborada e a liberação dos profissionais foi solicitada e autorizada junto aos responsáveis. O detalhamento das necessidades cognitivas, práticas e atitudinais foi realizado junto aos profissionais selecionados das unidades de intervenção. O objetivo foi conhecer a realidade na qual se desejava intervir, avaliando os obstáculos organizacionais, de recursos e de interação profissional que impossibilitam ou dificultam as ações, bem como as necessidades dos profissionais em serviço nas unidades de saúde para elevação da sua qualidade (PUENTES, 2006, 2011).

As atividades de grupo foram orientadas por profissional especialista e envolveram técnicas de planejamento participativo, incluindo o Método ZOPP (*Zielorientiert Projectplannung*) ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos. O ZOPP é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ) na década de 80. O seu desenvolvimento atendeu a necessidade de se buscar ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas

pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões (BOLAY 1993).

Foram propósitos da oficina estimular a cooperação entre os diferentes profissionais e usuárias na análise da atenção à gestante, propiciar a crítica sob diferentes perspectivas de aspectos relacionados ao cuidado à saúde da gestante durante o pré-natal, preparando profissionais e usuárias para a construção de um *Protocolo de Atenção à Gestante* que redundasse numa proposta de produção de cuidado centrado nas necessidades da gestante, e caracterizado pela ação multiprofissional e abordagem interdisciplinar.

3.6 Elaboração do projeto de intervenção

Os doze encontros tiveram como base os princípios da Educação Permanente em Saúde, utilizando metodologias ativas de aprendizagem, com base de resolução de problemas, processos de planejamento participativo, que possibilitem a reflexão sobre os contextos locais, com identificação de problemas e de prioridades. Essa é a concepção de Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica (HADDAD e col, 1994).

A educação permanente é o encontro entre os mundos da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no lócus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe (BRASIL, 2004).

Outro ponto importante é a integralidade da atenção à saúde, eixo norteador da proposta de educação permanente em saúde, porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, o que envolve as relações de um sistema total sem limites rígidos entre as disciplinas. O trabalho em equipe multiprofissional é o diálogo entre profissionais de várias áreas da saúde para a solução de um problema. A integralidade envolve a compreensão dos problemas de saúde em suas várias dimensões. Assim, as práticas de saúde na rede de atenção e na gestão são entendidas e praticadas dentro da realidade socioeconômica do usuário.

A oficina foi planejada de acordo com as etapas do método ZOPP. Os encontros tiveram a seguinte sequência: (1) Análise do contexto, análise dos problemas (*árvore de problemas*) e

análise dos objetivos (árvore de objetivos); (2) Escolha ou priorização de objetivos alcançáveis; (3) Planejamento (construção do *Protocolo de Atenção à Gestante*). As duas ferramentas visuais construídas, árvore de problemas (APÊNDICE 5) e árvore de objetivos (APÊNDICE 6), resultantes de uma análise bem orientada, formaram a base para o planejamento de uma intervenção social. Serviram como "painel de controle" e como guia para a busca de soluções integradas dentro de um contexto normalmente complexo como a saúde. Alguns pré-requisitos foram necessários para que o trabalho fosse efetivo, como: garantir a participação igualitária, identificar de maneira precisa o conceito de problema, garantir o envolvimento direto dos participantes no contexto de ação e adotar uma atitude flexível e provisória para as relações de causa e efeito.

Dentro da proposta de construir uma visão crítica sobre situações reais de trabalho, a partir da promoção da participação de todos os profissionais de maneira igualitária, este método foi proposto enquanto ferramenta para a melhoria das habilidades colaborativas entre os profissionais envolvidos. Buscou-se, durante as oficinas, enquanto se promovia a análise e a construção de uma nova proposta de trabalho, a interação, a participação, a troca de conhecimentos e de informações, a formação de um grupo de trabalho com maior interatividade e envolvimento dos diferentes profissionais e usuárias.

Após a construção das árvores de problemas e objetivos (primeira etapa), seleção dos objetivos alcançáveis para o projeto (segunda etapa), partiu-se para a terceira etapa do método ZOPP, relativa à etapa de planejamento. Nessa etapa construiu-se o *marco lógico* (APÊNDICE 7) e um novo modelo de *Protocolo de Atenção à Gestante* (APÊNDICE 8) que respondesse aos problemas levantados e que fosse adaptado à realidade vivenciada pelos atores.

3.7 Intervenção propriamente dita

Antes da intervenção as gestantes cadastradas nas unidades intervenção no momento do estudo participaram de uma *entrevista estruturada* (APÊNDICE 9) respondendo um formulário que incluía dados relacionados à faixa etária e escolaridade, idade gestacional, autoavaliação da saúde bucal, qualidade de vida decorrente da saúde bucal e a percepção sobre o trabalho dos profissionais. A qualidade de vida decorrente da saúde bucal foi medida

por meio da versão reduzida da escala *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) que possui 14 itens e elaborada para avaliar o impacto na qualidade de vida decorrente das condições de saúde bucal (OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005). O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

As gestantes com idade gestacional superior a 22 semanas foram consideradas como grupo controle porque não participaram da intervenção. Embora não seja um grupo controle selecionado aleatoriamente, este tipo de estratégia permitiu selecionar gestantes não submetidas à intervenção que faziam parte da mesma população de referência e comparar os efeitos da intervenção. No total participaram 60 gestantes, sendo, 36 gestantes no grupo de intervenção e 24 gestantes no grupo controle.

Para a construção desse questionário, foram utilizados dois instrumentos: um de avaliação da atenção primária e um de avaliação dos impactos na qualidade de vida decorrentes da condição de saúde bucal. O primeiro tem por base o "Primary Care Assessment Tool" - PCATool - Brasil versão Adulto (Brasil , 2010) e o segundo, o "Oral Health Impact Profile" - OHIP (OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005).

Os dados provenientes desses questionários foram analisados e processados através de tabelas e gráficos de frequência absoluta ou relativa (FONSECA & MARTINS, 1996). Com isso, foram produzidas informações sobre os profissionais e os usuários antes da intervenção.

O protocolo de atenção à gestante foi testado durante dez meses sob a governabilidade da equipe multiprofissional para medir os seus efeitos na qualidade do cuidado oferecido às gestantes e na colaboração interprofissional.

3.8 Considerações éticas

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A pesquisa cumpriu com os postulados éticos e exigências científicas fundamentais, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, conforme *Parecer Consubstanciado* (APÊNDICE 10). A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, conforme *Termo de Encaminhamento para Pesquisa Acadêmico-Científica* (APÊNDICE 11).

Após a aprovação nesses órgãos para a realização do estudo, deu-se o início aos procedimentos da pesquisa. Foi solicitada a anuência dos sujeitos da pesquisa através do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (l) para os profissionais tanto na primeira etapa da pesquisa (APÊNDICE 12) quanto na segunda etapa (APÊNDICE 13), e para as gestantes (APÊNDICE 14). Foi explicado aos participantes o caráter voluntário da pesquisa, a possibilidade de interromper sua participação em qualquer etapa do projeto e o direito à obtenção de todos os esclarecimentos sobre as características do estudo.

A confidencialidade, privacidade das informações e o sigilo dos participantes foram assegurados, informando-os ainda que a participação ou não na pesquisa não acarretaria nenhum benefício indevido, nem iria prejudicá-los de nenhuma maneira e a pesquisadora somente utilizará os dados obtidos para fins acadêmicos.

Essa pesquisa recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Processo: 476505/2012-7, o orientador é pesquisador do CNPq (304251/2012-7), conforme *Termo de Aceitação de Apoio Financeiro* (APÊNDICE 15).

O relatório final da pesquisa foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, às instituições participantes do estudo e ao CNPq para conhecimento dos principais resultados.

PARTE II

PRODUTOS DA PESQUISA



..." o projeto foi transformador, ele permitiu que a equipe conversasse e pensasse sobre seu processo de trabalho e propusesse mudanças, foi uma prática nova, ninguém nunca tinha pensado no protocolo, e muito menos pensado em alternativas e propostas que fossem diferentes, então eu acho que isso empoderou a equipe e foi fundamental para mudar as relações de trabalho e mudar a forma como os profissionais se relacionam"...

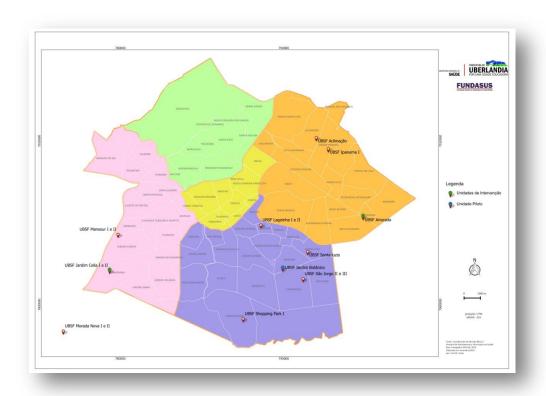
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados principais e discussão da pesquisa foram apresentados no formato de três artigos científicos na Parte II desta tese, denominada "Produtos da pesquisa". São três artigos, todos originais, redigidos em português, sendo que o artigo 1 já foi submetido à Revista Saúde em Debate (ANEXO 1: comprovante de submissão), e os artigos 2 e 3 serão, oportunamente, submetidos à publicação, após a avaliação da banca e defesa.

Esta tese foi elaborada de acordo com as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA e col., 2006).

A organização do texto foi sistematizada segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT-NBR 6024), acrescido das adaptações sugeridas no referido Guia. A estrutura do artigo 1 apresentado na segunda parte desta tese foi redigida de acordo com as orientações da revista científica a que foi submetido para publicação (ANEXO 2).

4.1 Artigo 1



..."Eu acho que colaboração interprofissional é quando a equipe com todos os seus profissionais envolvidos colaboram com o planejamento visando um só objetivo que é o atendimento e a qualidade da saúde pra nossa comunidade e eles tentam resolver esses problemas também ou conflitos que possam haver dentro do contexto tanto da equipe quanto da comunidade"...

..."Eu acho que é quando um depende do outro né? O enfermeiro depende do agente, o agente depende da enfermeira, depende da recepção, da equipe de saúde bucal, do apoio médico, e é também importante a integração entre a equipe"...

40

Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica

durante pré-natal

Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care within antenatal

care

Juliana Pereira da Silva Faquim^{1*}, Paulo Frazão².

¹ Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais,

Brasil.

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Amazonas – Bloco 4K - Sala 136, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP:

38400-902.

Telefone: (+ 55 34) 3225-8462.

E-mail: jufaquim@ig.com.br

² Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de

São Paulo, São Paulo, Brasil.

Livre-Docente pela Universidade de São Paulo. Professor Titular do Departamento de Prática

de Saúde Pública / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 715 - Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil, CEP 01246-904.

Telefone: (+55 11) 3061-7957.

E-mail: pafrazao@usp.br

FINANCIAMENTO

Recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq): Processo: 476505/2012-7. O último autor é pesquisador do CNPq (304251/2012-7).

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO

O estudo descreve percepções e atitudes de profissionais da atenção primária sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. Trata-se de um estudo analítico observacional transversal, utilizando registros administrativos e entrevistas semiestruturadas que abordavam questões sobre hierarquia, habilidade para evitar conflitos e colaboração interprofissonal. Conclui-se que apesar da percepção geral favorável à colaboração interprofissional, recursos formais e organizacionais não estão sendo empregados, refletindo um distanciamento entre o potencial percebido pelas entrevistas e a prática apoiada pelos instrumentos utilizados nas ações de atenção ao pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal, Relações Interprofissionais, Assistência Odontológica.

ABSTRACT

The study describes perceptions and attitudes of primary healthcare workers on interprofessional relationships in dental care during the prenatal period. This is a descriptive observational study using administrative records and semi-structured interviews, which addressed issues of hierarchy, ability to prevent conflicts and interprofessional collaboration. In conclusion, despite the general perception in favor of, formal and organizational resources are not being employed, reflecting a room between the potential perceived by the interviews and the practice supported by the instruments used in antenatal care.

Keywords: Prenatal Care, Interprofessional Relations, Dental Care.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma situação especial para diagnóstico das alterações nas estruturas que dão suporte ao dente. De um lado, as alterações de imunocompetência durante a gravidez podem criar uma resposta inflamatória exagerada das estruturas periodontais de suporte. Mediadores imunológicos em níveis elevados podem alcançar a unidade feto-placenta resultando em prematuridade e baixo peso ao nascer. De outro lado, a condição periodontal prévia à gravidez, devido à flutuação no nível dos hormônios circulantes, pode influenciar na progressão e gravidade da doença periodontal, uma importante causa de perda dentária (HUCK et al 2010).

Aproximadamente 40% das mulheres grávidas vivem alguma experiência de doença periodontal. Dados de um importante Sistema de Monitoramento de Avaliação de Risco na Gravidez mostraram que menos da metade das mulheres grávidas relatou ter recebido orientação/cuidado de saúde bucal (44%) durante a gravidez (LACHAT et al. 2011). Observações na Jordânia e nos EUA, mostraram que médicos além de não abordar questões de saúde bucal durante as visitas de pré-natal, aconselham postergar o tratamento odontológico para depois do parto (MORGAN et al 2009). Estudo brasileiro informou que, apesar dos obstetras terem conhecimento da associação entre inflamação gengival e efeitos adversos na gestação, suas atitudes não estavam de acordo com o conhecimento informado sobre a doença periodontal e suas possíveis repercussões (ROCHA et al, 2011). Dentistas e obstetras divergem da literatura científica e entre si em várias recomendações relacionadas à assistência odontológica, como por exemplo, uso de anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal, e tomadas radiográficas da cavidade da boca (ZANATA et al. 2008). Estudo com cerca de mil puérperas em uma região metropolitana brasileira, verificou que somente 12% delas receberam assistência odontológica adequada durante o pré-natal (SANTOS-NETO et al. 2012).

O acesso à assistência odontológica durante a gestação é repleto de obstáculos e envolve por um lado ansiedade, medo e crenças das gestantes, e por outro, desconhecimento científico e insegurança dos profissionais no planejamento e falta de preparo no tratamento das gestantes. A superação da distância e a busca de uma maior articulação das ações dependem, entre outros aspectos, de como a atenção primária à saúde se estrutura em cada país e do grau de colaboração interprofissional no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal.

Colaboração interprofissional diz respeito à natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente (MATUDA et al. 2015). Ela envolve comunicação aberta e direta, respeito por diferentes perspectivas e a busca de uma solução compartilhada para os problemas. A colaboração é um dos aspectos cruciais para uma atenção centrada às necessidades das pessoas e das famílias e tem sido pauta na discussão das políticas de saúde, a fim de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, na perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente (D'AMOUR et al 2008), sendo apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (WHO, 2010). Uma revisão concluiu que a colaboração interprofissional melhora o atendimento ao

paciente, especialmente os portadores de condições complexas e/ou crônicas, mas ainda está longe de ser parte integrante da prática de cuidados primários nas rotinas de trabalho (MORGAN et al. 2015).

A percepção, ou seja, a imagem subjetiva que o ser humano tem de certos aspectos da realidade, e a atitude dos profissionais diante de oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento e desenvolver novas áreas de relação interprofissional têm sido identificadas como importantes facilitadores da colaboração interprofissional na atenção primária (SUPPER et al 2014). Adicionalmente, recursos formais de apoio à colaboração como reuniões de planejamento e prontuários/formulários podem ser instituídos para facilitar a interação (D'AMOUR et al 2008). Entretanto, o trabalho colaborativo enfrenta dificuldades relacionadas, entre outros aspectos, à lógica profissional tradicional e ao modelo de atenção centrado em procedimentos especializados (MATUDA et al. 2015). Embora a produção de informações científicas sobre como se distribuem determinadas percepções e atitudes entre os trabalhadores diante de situações referentes às relações interprofissionais seja essencial para subsidiar o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na atenção primária visando um nível elevado de colaboração, são poucos os estudos explorando aspectos relacionados à variação da percepção e da atitude dos profissionais, num sistema de saúde com várias unidades de atenção primária.

Considerando a relevância do tema para a qualidade do cuidado à saúde da mulher durante a gestação, este estudo teve por objetivo descrever percepções e atitudes de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante a atenção ao pré-natal em unidades de saúde de um município brasileiro de grande porte, cotejando com o uso de recursos formais e ferramentas que facilitam a interação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo de caráter exploratório realizado como parte de um estudo mais amplo "Saúde bucal na atenção materno-infantil: um olhar sobre a cooperação interprofissional e a qualidade do cuidado". Para o presente estudo, foram usados os registros administrativos relativos aos recursos em nível de atenção primária ao pré-natal e os dados obtidos com entrevistas semiestruturadas. Os registros administrativos foram examinados para permitir a caracterização da estrutura de recursos que o município dispõe para assistir às gestantes, e incluíram os registros ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

relativos às ações materno-infantis, como o percentual de gestantes inscritas, idade gestacional e a faixa etária da gestante. Eles foram utilizados também para identificar as unidades que realizavam atenção ao pré-natal. As entrevistas foram realizadas para a obtenção de dados sobre a formação dos profissionais, sobre a organização do trabalho, a produção do cuidado e a interação profissional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 15444013.3.0000.5421). Sua realização foi autorizada pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

População do estudo

A população do estudo compreendeu quatro categorias de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) de 13 unidades de atenção primária à saúde do município de Uberlândia que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas unidades foram selecionadas admitindo-se que os princípios que orientam a ESF representam um espaço propício para elevar o grau de colaboração interprofissional.

Indicadores utilizados

Para investigar a percepção dos participantes, foram utilizadas três questões nas quais os respondentes tinham que definir o grau de hierarquia das relações de trabalho; o grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades e das responsabilidades; e o grau de importância das atividades de colaboração (por exemplo, sessões conjuntas, consultas compartilhadas, visitas comuns etc). A definição do grau foi feita pelo respondente dentro de uma escala de cinco pontos, na qual 1 correspondia ao menor grau e 5 ao maior grau, a fim de indicar a opção que melhor retratava as relações de trabalho entre os profissionais da unidade de saúde. Para investigar as atitudes foram empregadas duas questões: uma sobre se os profissionais da equipe colaboravam entre si para elaborar um plano de intervenção comum e a outra sobre se os diferentes profissionais da equipe solicitavam apoio (conselho, opinião etc) entre eles mesmos, quando necessário. Numa escala de cinco pontos, similar a anterior, o respondente tinha que definir a opção que melhor retratava as atitudes dos profissionais nas suas relações de trabalho dentro da unidade de saúde. Essas questões foram selecionadas com base em estudos prévios (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ et al. 2007).

Ainda sobre atitude, confrontando as respostas anteriores, os respondentes foram perguntados quantas vezes a cada dez pacientes, em média, o profissional solicitava ou recorria a outros profissionais de outras áreas para planejar ou executar o atendimento.

Em relação aos recursos formais de colaboração interprofissional usados na organização do trabalho para a produção do cuidado, foram aplicadas quatro questões: a primeira sobre a existência de reuniões de planejamento para o atendimento da população assistida; a segunda sobre se o prontuário de atendimento à gestante era compartilhado entre os profissionais da unidade de saúde; a terceira se o prontuário de atendimento à gestante contemplava questões sobre a saúde bucal; e a quarta se existia um prontuário específico para a saúde bucal.

Coleta de dados

A coleta durou 45 dias e foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada em uma sala reservada no próprio local de trabalho para assegurar a privacidade. Um entrevistador foi especialmente treinado para esse fim. O treinamento teve uma fase teórica e uma fase prática em uma unidade piloto. O formulário continha 56 questões e 20 itens, totalizando 76 respostas. Desse total, 55 questões com respostas fechadas e 21 com respostas abertas. Ele foi composto por quatro blocos de questões: incluindo dados gerais e profissionais; dados sobre a unidade de saúde; sobre a organização do trabalho e produção do cuidado; e sobre a interação profissional. As questões abordavam idade, sexo e formação dos trabalhadores, funções desempenhadas na unidade, anos de experiência, tempo de trabalho e vínculos empregatícios, modalidades de assistência oferecidas na unidade de saúde, crescimento e realização profissional, apoio no ambiente de trabalho, planejamento das ações, grupos de gestantes, prontuários e sobre as relações de trabalho entre os profissionais. Neste artigo são apresentados e discutidos os resultados relativos aos indicadores de percepção e atitude dos profissionais e de organização do trabalho e produção do cuidado.

Análise dos dados

Na análise dos dados, foram exploradas duas hipóteses: uma sobre a presença de diferenças relacionadas à categoria profissional do respondente e uma sobre possíveis diferenças relacionadas à unidade de saúde. A primeira se apoia no pressuposto de que as categorias profissionais não percebem a colaboração interprofissional sob uma mesma perspectiva e tendem a adotar atitudes que reproduzem assimetrias fundadas em padrões de

tomada de decisão ligadas ao modelo clássico de autonomia profissional (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al. 2005). A segunda estaria relacionada à noção de que grupos ou equipes de trabalho cujos agentes dispõe de larga autonomia na tomada de decisões são atravessados por aspectos ligados às relações interpessoais entre os membros das equipes tais como disponibilidade para colaborar, confiança mútua, respeito e comunicação aberta que secundarizam possíveis diferenças ligadas às categorias profissionais (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al. 2005).

Em virtude da característica não-normal da distribuição em cada grupo, foi utilizada análise de variância para três ou mais amostras por meio do teste de Kruskal-Wallis. O teste de Kruskal-Wallis é uma prova útil para decidir se amostras independentes provêm de populações diferentes. Os valores amostrais quase que invariavelmente diferem entre si e o problema é decidir se essas diferenças entre as amostras significam diferenças efetivas entre as populações, ou se representam apenas variações casuais, que podem ser esperadas entre amostras aleatórias de uma mesma população. O teste supõe que a variável em estudo tenha distribuição contínua e exige mensuração no mínimo ao nível ordinal. Para checar as diferenças de idade foi aplicado o teste exato de Fisher, que testa diferenças entre dois grupos independentes, em relação a uma variável que admita duas alternativas como resposta.

Uma medida síntese contida em escala de -100 a +100 (200 pontos) foi obtida. A adoção desse tipo de escala representa maior interesse no evento do que em suas categorias de manifestação. Admite-se a premissa de que a melhor estratégia decorre da redução da mensuração à categoria de máxima expressão do evento e do cálculo da média e erro padrão para interpretar um conjunto de medidas (PEREIRA 2001). Considerando o caráter exploratório do estudo, as diferenças entre as estimativas foram analisadas admitindo-se o nível de 10% para rejeição da hipótese de nulidade (p < 0,10).

RESULTADOS

Participaram da entrevista os seguintes profissionais de saúde que atuam na atenção materno-infantil: dentista, técnico em saúde bucal, enfermeiro e médico, do total de 13 unidades de atenção à saúde familiar visitadas, totalizando 52 profissionais, dos quais, 43 (82,7%) eram mulheres e 9 (17,3%) homens, 31 (59,6%) tinham até 35 anos e 21 (40,4%) tinham 36 anos ou mais. Para médicos e dentistas predominou a faixa etária mais jovem, e para os técnicos em saúde bucal a faixa etária acima de 35 anos de idade. (Tabela 1)

Em relação à percepção, o grau de hierarquia nas relações de trabalho apresentou média (M) igual a 3,77 e erro padrão (EP) igual a 0,12. O valor 38,5 na escala de 200 pontos indica a presença da hierarquia nas relações, um fator que pode ser desfavorável à colaboração interprofissional, enquanto dificulta o estabelecimento de diálogo. Os valores médios para o grau de habilidade para evitar conflitos, (M=3,94 e EP=0,13) e para o grau de importância das atividades de colaboração (M=3,98 e EP=0,12), e os valores na escala de 200 pontos, respectivamente 47,0 e 49,0 foram indicativos de uma percepção mais favorável à colaboração interprofissional (Tabela 2).

Houve diferença de percepção por profissional (Kruskall-Wallis p=0,064) em relação ao grau de hierarquia nas relações de trabalho, sendo encontrado para os médicos a menor média (M=3,31 e EP=0,23) e para os dentistas o maior valor (M=4,23 e EP=0,23). Para o grau de habilidade para evitar conflitos, a maior média encontrada foi para os dentistas (M=4,23 e EP=0,25) e para os médicos o menor valor (M=3,69 e EP=0,20) sem diferenças estatisticamente significativas. Para o grau de importância das atividades de colaboração, a maior média encontrada foi para os médicos (M=4,38 e EP=0,18) e a menor para os dentistas (M=3,69 e EP=0,28) sem diferenças estatisticamente significativas.

Com relação às diferenças de percepção entre as unidades, houve diferença tanto para o grau de habilidade para evitar conflitos (Kruskall-Wallis p=0,053) como para o grau de importância atribuído às atividades de colaboração (Kruskall-Wallis p=0,021). Para o primeiro item, o maior valor médio encontrado foi 4,50 (EP=0,28), e o menor 2,75 (EP=0,62), enquanto para o segundo o maior valor médio foi 4,5 (EP=0,28) e o menor 2,75 (EP=0,25).

Quanto à atitude, quando foi perguntado se os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum, a média (M) foi igual a 4,22 e erro padrão (EP) igual a 0,12. O valor 61,0 na escala de 200 pontos indica que os profissionais têm atitudes a favor da colaboração interprofissional. Os valores médios encontrados para a pergunta "quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles", (M=4,77 e EP=0,11) e os valores na escala de 200 pontos de 73,5 foram indicativos de uma atitude favorável à colaboração interprofissional (Tabela 3).

Não houve diferença por categoria profissional na atitude relatada, mas diferenças significativas entre as unidades foram observadas (p<0,10). Em relação à pergunta "os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum", a maior média foi 5,00 (EP=0,01) e a menor 3,00 (EP=0,40). Quanto à questão se "os membros da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos" a maior média foi 5,00 (EP=0,01) e menor 3,5 (EP=0,64).

Quando questionados sobre a frequência média, com que solicita/recorre a outros profissionais de outras áreas, a cada 10 pacientes, o valor médio foi 3,2 sem diferença significativa por categoria profissional, no entanto por unidade houve diferença (Kruskall-Wallis p=0,020) sendo a menor média igual a 2,00 (EP=0,01) e maior igual a 4,50 (EP=0,50).

Em relação a recursos formais de colaboração interprofissional usados na organização do trabalho para a produção do cuidado, 44 (86,3%) profissionais declararam não existir reuniões de planejamento; 47 (92,15%) responderam que os prontuários não são compartilhados; 39 (76,47%) indicaram que o prontuário não contempla questões de saúde bucal e 38 (74,50%) afirmaram que existe prontuário específico empregado para o registro das ações de assistência odontológica. (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As percepções e atitudes de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante a atenção ao pré-natal num município de grande porte brasileiro foram descritas neste estudo a fim de identificar o sentido delas em relação à colaboração interprofissional e explorar se o padrão das respostas era diferente segundo a categoria profissional e a unidade de atenção primária.

De modo geral, observou-se que a percepção dos profissionais é favorável como um todo à colaboração interprofissional tanto em relação ao grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades e das responsabilidades quanto ao grau de importância das atividades de cooperação, entretanto as relações hierarquizadas e as assimetrias percebidas de modo distinto por determinadas categorias profissionais podem representar uma barreira subjetiva à implementação de protocolos que demandariam maior grau de trabalho colaborativo.

Estudo que investigou as percepções sobre comunicação e colaboração mostrou que enfermeiros e médicos não compartilham as mesmas opiniões e que a barreira mais importante para o estabelecimento de boas relações entre estas profissões era que os médicos não reconheciam o papel profissional dos enfermeiros. O estudo também indicou que a ausência de colaboração interprofissional pode resultar em uma maior possibilidade de erros e omissões nos cuidados dos pacientes e que ambos, enfermeiros e médicos, deveriam reconhecer a importância da comunicação eficaz e do trabalho compartilhado (MATZIOU et al 2014).

Neste estudo, observou-se diferença significativa na percepção dos profissionais em relação ao grau de hierarquia nas relações de trabalho. A colaboração interprofissional em

equipes de saúde pode ser atribuída a vários elementos, incluindo os processos de trabalho em relações interpessoais dentro da equipe (os determinantes interacionais), as condições dentro da organização (os determinantes organizacionais) e o ambiente da organização (os determinantes sistêmicos). Dentre os determinantes sistêmicos, destacam-se os sistemas profissional e educacional (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al. 2005). O sistema profissional baseado em fronteiras rígidas entre as categorias profissionais da saúde pode significar uma barreira importante para o desenvolvimento da prática colaborativa. A dinâmica da profissionalização tende a produzir uma diferenciação profissional reforçando comportamentos territoriais e disciplinares dentro da equipe, uma perspectiva que está em oposição direta à lógica de colaboração.

Por outro lado, o desenvolvimento de uma prática de colaboração depende do reconhecimento mútuo dos profissionais de sua interdependência, bem como a aceitação de áreas interdisciplinares e de "zonas cinzentas" de ação multiprofissional, nas quais as respectivas contribuições podem ser compartilhadas trazendo benefícios tanto para o paciente quanto para a organização (NANCARROW and BORTHWICK 2005).

Quando os resultados foram analisados por unidade da atenção primária notaram-se significativas diferenças relacionadas tanto ao grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades/responsabilidades, quanto ao grau de importância das atividades de colaboração, mostrando que determinadas equipes de atenção primária compartilham percepções distintas ligadas provavelmente à dinâmica interna da equipe na qual fatores intragrupo são mais importantes que eventuais diferenças associadas ao modelo de autonomia ou à tradição de cada categoria profissional.

Em relação às atitudes, as diferenças entre as unidades de atenção primária se destacaram mais que as diferenças entre as categorias profissionais mostrando que as características de como se dá a interação entre membros das equipes podem sobrepujar dificuldades decorrentes do modo isolado e distinto no qual cada categoria profissional é formada.

Schaik et al (2014) em um estudo sobre percepções de equipes multiprofissionais de saúde revelaram que as percepções de cada membro contribuem para um efetivo trabalho em equipe, e revela algumas barreiras potenciais para o trabalho eficaz em equipe interprofissional, como as tensões relativas hierarquia, segurança e liderança.

Segundo Vygotsky (1998), o desenvolvimento da percepção se dá, fundamentalmente, à medida que se apreende os significados, os sentidos, enfim, o conhecimento guardado na linguagem. A percepção, ou seja, a imagem subjetiva que o homem tem da realidade é definida na e por meio da prática social, pois, além de suas atividades individuais com os

objetos, os homens se relacionam, se comunicam e, nessa atividade interativa, apropriam-se do conhecimento, do modo de perceber e de interpretar sua cultura, do meio em que vivem. De acordo com a experiência de cada indivíduo e quanto maior, mais articulado e fundamentado for o conhecimento, mais aperfeiçoada será a percepção.

Ao cotejar os achados relativos às percepções e às atitudes dos profissionais que atuam na atenção ao pré-natal com recursos formais de colaboração interprofissional empregados na organização do trabalho para a produção do cuidado observou-se que a maioria dos profissionais não lança mão de ferramentas como reuniões de planejamento e prontuário único sob orientação de um protocolo de cuidado compartilhado.

Estudos têm mostrado que esses recursos, combinados com outras ferramentas como a discussão de casos de modo regular e formal e atividades gerenciais de apoio por meio de supervisão, monitoramento e/ou educação permanente são essenciais para elevar o grau de colaboração interprofissional nos serviços de saúde (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ et al. 2005). Gerentes dos serviços de saúde precisariam entender como agir para apoiar os clínicos a trabalhar interdisciplinarmente, desenvolvendo habilidades de liderança para a prática interprofissional colaborativa (PROCTER et al 2015).

De fato, estudos têm demonstrado que os problemas de interação profissional na atenção primária podem afetar negativamente os resultados do cuidado oferecido aos pacientes. Entre os fatores que podem impedir uma colaboração eficaz entre os profissionais, destacam-se aspectos relacionados aos profissionais (falta de conhecimento e confiança nas competências e na experiência dos outros profissionais, e falta de compreensão dos papéis de outros profissionais), bem como fatores externos como cultura profissional, limitações de tempo e problemas de entrar em contato com outros profissionais (FEWSTER-THUENTE. and VELSOR-FRIEDRICH, 2008). Em uma pesquisa sobre resolubilidade do cuidado em saúde na atenção primária, Costa et al (2014) apontaram que os profissionais relacionam resolubilidade à ação realizada por uma equipe multiprofissional, com produção de vínculo e autonomia no processo de trabalho, mostrando que uma equipe multiprofissional conecta diferentes saberes, estabelece vínculos com base no conhecimento do trabalho do outro e isso promove o entrosamento entre os profissionais e a valorização da sua participação na produção de cuidados, tornando o trabalho mais resolutivo.

Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, e não exploram a interdisciplinaridade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco. Por isso, empenhar as equipes de saúde em um trabalho colaborativo interprofissional dentro dos serviços de saúde pode aumentar a qualidade do atendimento pré-natal. Uma simples ação

de direcionar gestantes para prevenir e controlar a doença periodontal pode diminuir os níveis de inflamação gengival, melhorar a saúde bucal e a saúde sistêmica, elevando a qualidade da atenção ao pré-natal uma condição importante para reduzir desfechos adversos da gestação, como por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a diferença na composição etária entre as categorias profissionais sob estudo. Outra limitação diz respeito ao número de respondentes que não permite extrair estimativas mais robustas e aprofundar as conclusões para além de um estudo exploratório. Por outro lado, o presente estudo é um dos primeiros trabalhos na área da saúde bucal investigando a colaboração interprofissional, com olhar nas relações e interações entre os profissionais da atenção ao pré-natal. Sem considerar a Enfermagem, a colaboração entre grupos de profissionais da saúde, permanece relativamente inexplorada na literatura (SUPPER et al 2014).

CONCLUSÃO

Frente aos resultados encontrados, pode-se concluir que apesar da percepção geral dos profissionais ter sido favorável à colaboração interprofissional, recursos formais e ferramentas como reuniões de planejamento e prontuário único sob orientação de um protocolo de cuidado compartilhado não estão sendo empregados para potencializar as relações interprofissionais refletindo um nítido distanciamento entre o potencial percebido captado pelas entrevistas e a prática apoiada pelos instrumentos utilizados para as ações de atenção ao pré-natal.

REFERÊNCIAS

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Revista Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, p. 733-743, outdez, 2014.

D'AMOUR, D.; GOULET, L.; LABADIE, J.F.; SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L.; PINEAULT, R. A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:188.

FEWSTER-THUENTE, L.; VELSOR-FRIEDRICH, B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q.* 2008;32(1):40–48.

HUCK, O.; TENENBAUM, H.; DAVIDEAU, J.L.L. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: recent epidemiological and biological data. *Journal of pregnancy*, vol. 2011, no. pp. 164654, 2010.

LACHAT, M.F.; SOLNIK, A.L.; NANA, A.D. & CITRON, T.L. (2011). Periodontal disease in pregnancy: Review of the evidence and prevention strategies. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(4), 312–319.

MATUDA, C.; PINTO, N.R.S.; MARTINS, C.L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(8):2511-2521, 2015.

MATZIOU et al. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*, 2014; 28(6): 526–533.

MORGAN, M.; CRALL, J.; GOLDENBERG, R. & SCHULKIN, J. (2009). Oral health during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(9), 733–739.

MORGAN, S. et al., Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008.

NANCARROW, S.A.; BORTHWICK, A.M. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol Health Illn* 2005, 7:897–919.

PEREIRA, J.C.R. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais. São Paulo: Edusp; 2001.

PROCTER, S.; BROOKS, F.; WILSON, P.; CROUCHMAN, C.; KENDALL, S. A case study of asthma care in school age children using nurse-coordinated multidisciplinary collaborative practices. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015:8 181–188.

ROCHA, J.M.; CHAVES, V.R.; URBANETZ, A.A.; BALDISSERA, R.S.; RÖSING, C.K. Obstetricians'knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz. Oral Res.* 2011, 25, 248–254.

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L.; D'AMOUR, D.; LEDUC, N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin*. 2007;17(1):24-31.

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, (May 2005) Supplement 1: 132 – 147.

SANTOS-NETO et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):3057-3068, 2012.

SCHAIK et al. Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Medical Education* 2014; 48: 583–592.

SUPPER, O. et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. December 18, 2014, p. 1–12.

VYGOTSKY, L.S. *O desenvolvimento psicológico na infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practise. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Acesso em 07/06/2012: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/.

ZANATA, R.L.; FERNANDES, K.B.; NAVARRO, P.S. Prenatal dental care: Evaluation of Professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J. Appl. Oral Sci.* 2008, *16*, 194–200.

Tabela 1: Distribuição dos respondentes por categoria profissional e faixa etária

Faixa etária	<36	anos	>35	anos
Categoria profissional	N	%	N	%
Dentista	9	69,2	4	30,8
Técnico em Saúde Bucal	4	30,8	9	69,2
Enfermeiro	7	53,8	6	46,2
Médico	11	84,6	2	15,4
Total	31	59,6	21	40,4

Valor de p = 0.044 (Teste exato de Fisher)

Tabela 2: Distribuição dos respondentes segundo o grau de percepção em relação à hierarquia, habilidade em evitar conflitos e importância das atividades de colaboração.

	Respostas											-
	1		2		3		4		5			Escala
Questões	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	m (ep)	-100 a +100
Grau de hierarquia nas relações de trabalho	1	1,9	1	1,9	17	32,7	23	44,2	10	19,2	3,77 (0,12)	38,5
Grau de habilidade para evitar conflitos	1	1,9	1	1,9	16	30,7	17	32,7	17	32,7	3,94 (0,13)	47,0
Grau de importância das atividades de colaboração	0	0	1	1,9	15	28,8	20	38,4	16	30,7	3,98 (0,12)	49,0

Nota: m= valor médio; ep= erro padrão

Tabela 3: Distribuição dos respondentes segundo a atitude em relação à colaboração interprofissional.

	Respostas											
		1	2		3		4		5			Escala
Questões	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	m (ep)	-100 a +100
Os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum											-	
	0	0,0	2	3,8	7	13,4	20	38,4	23	44,2	4,22 (0,12)	61,0
Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles												
	0	0,0	2	3,8	3	5,7	16	30,7	31	59,6	4,47 (0,11)	73,5

Nota: m= valor médio; ep= erro padrão

Tabela 4: Distribuição dos respondentes segundo questões relacionadas aos recursos formais de colaboração interprofissional

Respostas	Si	m	Não		
Questões	n	%	n	%	
Existem reuniões de planejamento?	7	13,72	44	86,27	
O prontuário de atendimento à gestante é compartilhado entre os profissionais da unidade de saúde?	3	5,88	47	92,15	
O prontuário de atendimento à gestante contempla questões sobre a saúde bucal?	12	23,52	39	76,47	
Existe um prontuário específico para a saúde bucal?	38	74,50	9	17,64	

4.2 Artigo 2





..."Você identifica um ou mais problemas relacionados à atenção integral à gestante? Isso te afeta? Você se sente responsável na busca de soluções frente a estes problemas?"...

..."O que ficou do primeiro encontro foi muitas expectativas, saber o que a gente vai conseguir construir para que haja mudanças, no pré-natal há muitas coisas que depende da vontade da gestante"...

.....

..." Esse horário não dá pra vir, o sol é quente na cabeça"...

..."tem hora que a gente tem que escolher qual consulta vir porque eles marcam com o médico, enfermeiro, tem que vir tirar sangue, tudo em horário diferente, fica difícil faltar tanto no trabalho, meu patrão não aceita tanto atestado"...

..."Minha mãe falava assim: Não, você não vai mexer de tratar dente não, porque você está grávida, se você tratar dente agora, tomar anestesia isso pode fazer mal"...

.....

..."eu nem sabia que sabia tanto!"...

Qualificando a atenção ao pré-natal: resultados da construção de um protocolo

utilizando o método ZOPP

Improving the antenatal care: results of the construction of a protocol using the method

ZOPP

Juliana Pereira da Silva Faquim^{1*}, Natália Bernardes Palazzo Buiatti², Paulo Frazão³.

¹ Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais,

Brasil.

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Amazonas – Bloco 4K - Sala 136, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP:

38400-902.

Telefone: (+ 55 34) 3225-8462.

E-mail: jufaquim@ig.com.br

² Psicóloga, especialista em Redação e Gestão de Projetos pela Unitalsi (Torino, Itália),

mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço: Rua Arthur Bernardes, 149, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38400-368

Telefone: (+55 34) 32147043

E-mail: natpalazzo@yahoo.com.br

³ Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de

São Paulo, São Paulo, Brasil.

Livre-Docente pela Universidade de São Paulo. Professor Titular do Departamento de Prática

de Saúde Pública / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 715 - Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil, CEP 01246-904.

Telefone: (+55 11) 3061-7957.

E-mail: pafrazao@usp.br

FINANCIAMENTO

Recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq): Processo: 476505/2012-7. O último autor é pesquisador do CNPq (304251/2012-7).

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO

A colaboração interprofissional pode ser um elemento chave para elevar a efetividade dos sistemas de saúde e deve ser considerada na construção de diretrizes na atenção ao pré-natal. Métodos de planejamento participativo em intervenções sociais podem ser úteis para facilitar essa construção, mas são raros os estudos de desempenho de métodos desse tipo que possam subsidiar formuladores de políticas de saúde. O objetivo foi descrever o desempenho do método ZOPP (Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos) levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e a produção de um protocolo de organização de serviço em uma unidade de atenção primária. Realizou-se uma observação participante dentro de uma oficina de doze sessões na qual participaram profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde do município de Uberlândia. As sessões foram gravadas em vídeo resultando em 40 horas de gravação. O desempenho do método foi aferido pelo atributo em trazer questões pertinentes ao centro da discussão permitindo sua problematização em profundidade, e pela capacidade para manter o envolvimento dos participantes, considerando a duração prevista. O produto foi um *Protocolo* de Atenção à Gestante com base nas necessidades do desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e com vistas ao incremento da qualidade do cuidado sob os princípios da estratégia de educação permanente, abrangendo o fluxo das gestantes na unidade de saúde e a dinâmica do processo de trabalho em quatro momentos: a entrada da mulher com suspeita de gravidez na rede, o seu acolhimento, o diagnóstico da gravidez e na sequência, o fluxo do pré-natal dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional. Ele foi elaborado após a Análise de Problemas; Análise de Objetivos e construção do marco lógico. A eleição de objetivos prioritários relacionados à organização de serviços sob governabilidade da equipe multiprofissional e técnicas de visualização foram importantes para manter o foco, o envolvimento, garantir a participação igualitária e o entendimento homogêneo. O método ZOPP se mostrou flexível e adequado para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e para a construção de um protocolo de organização de serviços no âmbito da atenção primária à saúde. A indissociabilidade entre analisar, planejar e implementar ações despertou compromissos éticos e recuperou comportamentos inovadores no encaminhamento da solução de problemas fortalecendo a colaboração interprofissional.

Palavras-chave: Pré-Natal, Assistência Odontológica, Método ZOPP.

ABSTRACT

Interprofessional collaboration can be a key element to increase the effectiveness of health systems and should be considered for building guidelines in the antenatal care. Participatory planning based methods can be useful to facilitate this construction however investigations focusing performance of these methods for supporting health policy makers are scarce. The aim was to describe the performance of ZOPP (Goal Oriented Project Planning) taking into account the development of skills for collaborative work and the production of a service organization protocol in a primary healthcare unit. Participant observation within a twelvesession workshop attended by health professionals and users of Brazilian Health System in Uberlândia city was conducted. The sessions were videotaped resulting in 40 hours of recording material. The performance of the method was determined by its attribute for bringing relevant issues to the discussion center allowing in-depth questioning, and the ability to keep the participants' involvement, considering the expected duration. The product was a Protocol for the Pregnant Care based on the needs of developing skills for collaborative work and aiming to increase the quality of care under the principles of Permanent Education in Health strategy. The Protocol covered the flow of pregnant women and the dynamics of the process work at four moments: the admission of women with suspected pregnancy, the user sheltering, the diagnosis of pregnancy followed by prenatal flow within a perspective of interprofessional collaboration. It was drawn up after the Problems Analysis; Objectives Analysis and construction of the Project Planning Matrix. The election of priority objectives related to the service organization under the governability of health staff and visualization techniques were important for focusing, involvement, ensuring the equal participation and homogeneous understanding. The ZOPP method proved flexible and suitable for the development of skills for collaborative work and the construction of a protocol services organization in primary health care. The inseparability among activities such as analyzing, planning and implementing actions aroused ethical commitments and recovered innovative behaviors in the forwarding of problem solving reinforcing the interprofessional collaboration.

Keywords: Antenatal, Dental Care, Method ZOPP.

INTRODUÇÃO

O ato de planejar pode ser entendido como um instrumento de racionalização da ação humana e consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. Pode ser considerado também como uma ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

Em um plano internacional, pôde-se observar que a necessidade e a crescente importância do planejamento no setor saúde se deram, sobretudo com o grande desenvolvimento científico e tecnológico na segunda metade do século XX, com as transformações nas formas de prestação de serviços, organização de redes e sistemas de serviços de saúde, gerando inclusive o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da Organização Mundial de Saúde (OMS), em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

Além disso, o interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da crescente complexidade do processo de trabalho, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população, isto é, as transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX e cuja consequência tem sido a mudança na estrutura etária das populações (transição demográfica) e nos padrões de morbimortalidade (transição epidemiológica) nas regiões mais desenvolvidas do mundo.

No Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária, o reconhecimento da saúde como um direito social e a inscrição das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 impulsionaram um vigoroso processo de descentralização das ações e serviços de saúde criando condições favoráveis ao exercício do planejamento nas organizações públicas, quer no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, quer no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações e serviços de saúde em vários níveis de complexidade organizacional (TEIXEIRA, 2010).

Nesse processo, ampliou-se e diversificou-se o debate em torno de concepções teóricas e propostas metodológicas da área de planejamento em saúde no âmbito acadêmico.

As fragilidades dos métodos tradicionais, normativos, economicistas e tecnocráticos, típicos de uma visão do planejamento como instrumento do Estado em situações de

concentração de poder, culminaram na necessidade de se apontar para novos modelos de planejamento em que se consideravam os vários atores envolvidos, o contexto, compartilhamento de poder, viabilidade política, cooperação entre os atores, capacidade de escuta do outro e de interação e negociação (RIVERA & ARTMANN, 2010).

CAMPOS (2000) em uma análise sobre parte da produção teórica a respeito de planejamento no Brasil propôs-se a pensar o planejamento como modulador de incorporação tecnológica em instituições de saúde. De acordo com a análise da autora, a produção de teorias e métodos de planejamento estratégico em saúde na década de 1990, desenvolveu-se em, pelo menos, quatro linhas diferentes de acordo com o enfoque predominante: planejamento como meio da ação comunicativa; o planejamento como subsídio da gestão democrática e das mudanças; o planejamento como técnica e o planejamento como meio de intervenção em ambientes complexos.

Diante das concepções teóricas e propostas metodológicas para a área de planejamento em saúde é possível observar duas vertentes quanto à relação entre os sujeitos envolvidos e a forma como flui o conhecimento produzido pela e para a ação: uma na qual há uma clara separação entre as pessoas que planejam e as que atuam, e outra na qual planeja quem faz (MORAES, 2006). Esta última tornou-se conhecida como planejamento participativo, ou seja, aquela forma de ligar o conhecimento à ação em que todos os que devem agir, devem também tomar parte na apropriação de teorias que orientem a ação, superando a tradição de técnicas que separam os que planejam daqueles que executam, e que mantém o afastamento entre o conhecimento técnico e o conhecimento prático. A fragmentação de saberes e práticas dificulta a produção de respostas adequadas às realidades multidimensionais e complexas presentes na área da saúde.

O planejamento participativo envolve também a inclusão de usuários de um determinado serviço nas etapas de avaliação, proposição e planejamento. A escuta de usuários nestes espaços sugere a identificação de problemas e soluções a partir de uma visão particular de pessoas que vivenciaram o serviço. Não permite necessariamente generalizações, mas garante uma maior riqueza de informações, sugestões e análise da realidade de intervenção. O envolvimento de usuários, além de um exercício democrático, contribui consideravelmente na definição de ações com maior exequibilidade.

Com isso, a técnica tem potencial para operar como instrumento de promoção do protagonismo social, pois exige dos envolvidos abertura para mudança cultural frente à fragmentação e segmentação vertical dos saberes, conhecimentos e práticas, reduzindo as assimetrias tão comuns nas relações sociais.

Esses fatores levam a refletir que atividades de planejamento sob abordagens participativas não são decisões e processos simples, e a adoção de ferramentas e métodos adequados podem facilitar a sua execução.

O ZOPP (*Zielorientiert Projectplannung*) ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ) na década de 80. O seu desenvolvimento atendeu a necessidade de se buscar ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões (BOLAY 1993).

Não há muita informação científica no Brasil sobre a aplicação do método ZOPP na área da saúde. Em consulta à Biblioteca Virtual em Saúde usando as palavras "método ZOPP" no período do mês de outubro do ano de 2015, observou-se a publicação de apenas dois artigos (BURSZTYN & RIBEIRO 2005; MALDONADE 2009) e a maior parte das fontes encontradas são restritas a publicações não periódicas (BOLAY 1993; ZEURI 2002; MORAES 2006; BURSZTYN 2004; BROSE 1985, 2010; BARROS-FILHO e col 2004).

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa foi descrever o desempenho do método ZOPP aplicado em duas unidades de atenção primária à saúde que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), para construir coletivamente um *Protocolo de Atenção à Gestante* adequando os serviços às necessidades e realidade dos usuários, levando em consideração as necessidades de desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e participativo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, cujo método de coleta foi uma observação participante. Essa técnica possibilita ao pesquisador uma maior imersão no campo para levantar informações, observar, participar, compartilhar experiências através do olhar, falar, sentir e vivenciar com a finalidade de buscar as respostas e significados supostamente ocultos ou profundos e, com isso, gerar as questões que norteiam a pesquisa.

Duas unidades de atenção primária à saúde do município de Uberlândia, Minas Gerais, que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) foram selecionadas intencionalmente com base em dados coletados por meio de pesquisa anterior, a qual revelou que as diferenças entre as unidades de atenção primária se destacaram mais que as diferenças entre as categorias profissionais mostrando que as características de como se dá a interação entre membros das equipes podem sobrepujar dificuldades decorrentes do modo isolado e distinto no qual cada categoria profissional é formada (FAQUIM e cols., 2015). Além disso as unidades selecionadas apresentaram características comuns em termos de população assistida, condições semelhantes e favoráveis de estrutura física, declaração de interesse por parte dos profissionais e da gestão, e grau favorável de colaboração interprofissional.

Os dados foram coletados de setembro de 2014 a março de 2015, durante uma oficina composta de doze encontros com duração de quatro horas cada, conduzidas por psicóloga, especialista em redação e gestão de projetos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 15444013.3.0000.5421). Sua realização foi autorizada pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os objetivos da pesquisa foram articulados verbalmente e por escrito, de forma que foram claramente entendidos pelos participantes.

Os participantes foram comunicados sobre todos os mecanismos e atividades de coleta de dados, gravações de vídeo e áudio, sendo que as transcrições literais, interpretações escritas, relatórios e diários de campo foram disponibilizados.

A seguir são descritos a situação, os atores, os processos e as estratégias de coleta de dados que permitiram delinear o estudo.

I. Situação

A situação-problema identificada nas práticas de atenção à saúde durante o pré-natal oferecido pelas unidades de saúde do estudo foi a dificuldade em propiciar a saúde integral com foco preventivo da mãe e do bebê no território atendido. A partir desse problema central, foram identificados problemas correlatos como atendimento pouco acolhedor, fragmentação

da atenção à gestante; desmotivação e descomprometimento da equipe e dificuldades de abordagem interdisciplinar e da ação multiprofissional.

Essa dificuldade é comum na oferta de cuidados durante o pré-natal. Em um estudo com cerca de mil puérperas em uma região metropolitana brasileira, verificou-se que somente 12% delas receberam assistência odontológica adequada durante o pré-natal (SANTOS-NETO e col. 2012). Em outra pesquisa, observou-se que dentistas e obstetras divergem da literatura científica e entre si em várias recomendações relacionadas à assistência odontológica, como por exemplo, uso de anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal, e tomadas radiográficas odontológicas (ZANATA e col. 2008).

Por isso a utilização de protocolos pode ser importante para diminuir essas divergências e qualificar a produção do cuidado em saúde. Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK e col. 2009).

A adoção de protocolos de organização dos serviços e protocolos clínicos é uma medida recomendada para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde a fim de assegurar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado nos sistemas de saúde (PAIM, 2004). No âmbito do SUS, vários documentos normativos têm recomendado o uso desses instrumentos, como por exemplo, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 que além de definirem bases de prática para a atenção básica, propuseram a criação de protocolos para a assistência médica; a Portaria GM/MS 816, de 31/05/2005 em que o Ministério da Saúde constituiu Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação de Tecnologias em Saúde; e o Pacto pela Saúde que buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo seja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados.

Além desses documentos, os movimentos institucionais e a expansão da Estratégia Saúde da Família têm estimulado a utilização e construção de protocolos para orientar as práticas e organizar as ações nos serviços de saúde. Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços, esses últimos são instrumentos da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades,

entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009).

Para elaborar o *Protocolo de Atenção à Gestante* utilizaram-se técnicas de planejamento participativo adequando os serviços às necessidades e realidade dos usuários e buscando novas articulações sociais que pudessem solucionar os entraves de se oferecer um pré-natal que superasse o distanciamento entre os profissionais e buscasse uma maior articulação das ações através do aumento do grau de colaboração interprofissional.

II. Atores

Os participantes do estudo compreenderam quatro categorias de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) das unidades selecionadas, totalizando oito profissionais de saúde e duas gestantes usuárias do SUS que realizaram o prénatal e tiveram seus bebês na rede pública da cidade. Além desses participantes, estavam inseridos nesse contexto a pesquisadora realizando uma observação participante, e dois auxiliares de pesquisa.

III. Estratégias de Coleta de Dados

Os dados foram coletados de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Essa coleta incluiu 40 horas de gravação de uma oficina composta de doze encontros. A pesquisadora participou como instrumento primário de coleta de dados, tendo um papel de observadora ativa. Utilizou-se o registro de diário de campo em caderno, fornecendo relatos detalhados das observações, pensamentos, sentimentos e percepções das experiências vividas durante todo o processo de pesquisa. Essas anotações de campo foram sistematicamente organizadas num diário, no qual constavam o local, data, horário, o roteiro da atividade observada, a descrição dos fatos e as impressões.

IV. Processos

Uma oficina de formação com doze sessões utilizando o método ZOPP foi conduzida por profissional especializada. Essa oficina foi planejada sob os princípios da Educação Permanente em Saúde, uma estratégia para a organização de processos educativos dirigidos aos trabalhadores da saúde em que os processos de qualificação partem de necessidades identificadas pelos trabalhadores em seus diferentes contextos dialogando com seus conhecimentos prévios. Essas necessidades são identificadas em processos de planejamento participativo, que possibilitam a reflexão sobre os contextos locais, com identificação de problemas e de prioridades (HADDAD e col., 1994).

A Educação Permanente em Saúde tem sido trabalhada prioritariamente no âmbito da relação gestão-trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes; algumas vezes usada como estratégia pedagógica na formação de conselheiros; todavia muito poucas vezes usada como estratégia para ampliar os encontros, "a superfície de contato" e de produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos compartilhados (não somente entre os profissionais, mas também entre profissionais e usuários), que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida (MERHY & FEUERWERKER, 2011).

Foram propósitos da oficina estimular a cooperação entre os diferentes profissionais e usuárias na análise da atenção à gestante, propiciar a crítica sob diferentes perspectivas de aspectos relacionados ao cuidado à saúde da gestante durante o pré-natal, preparando profissionais e usuárias para a construção de um *Protocolo de Atenção à Gestante* que redundasse numa proposta de produção de cuidado centrado nas necessidades da gestante, e caracterizado pela ação multiprofissional e abordagem interdisciplinar.

Os doze encontros foram planejados de acordo com as etapas do método ZOPP e tiveram a seguinte sequência: (1) Análise do contexto, análise dos problemas (*árvore de problemas*) e análise dos objetivos (*árvore de objetivos*); (2) Escolha ou priorização de objetivos alcançáveis; (3) Planejamento (construção do *Protocolo de Atenção à Gestante*).

O método ZOPP prevê a definição de ações a partir de uma análise exaustiva dos problemas, causas e efeitos e a consequente reversão dos problemas em objetivos, resultados esperados e ações. Através deste processo presume-se que as ações responderão aos problemas de forma mais integral e efetiva. Fazem parte do método a utilização de diferentes técnicas de visualização, estratégias visuais e comunicativas que promovem participação ampla e horizontalizada (como o processo de decisão por consenso) e ainda, subsidia a

construção de um *marco lógico* onde todos podem identificar a relação entre as ações e os resultados esperados, além de outros aspectos do planejamento (responsáveis, parceiros, prazo, indicadores, riscos, compromissos, entre outros).

Em uma *primeira etapa* de aplicação desta técnica pede-se aos componentes do grupo que analisem o contexto ao qual estão inseridos, local onde o projeto propõe a sua intervenção. Esta análise parte da visão sobre os problemas levantados e a inter-relação entre os mesmos. Busca-se assim a identificação de um problema central e de "troncos e raízes" que identifiquem como o problema se manifesta e se relaciona com outros problemas enquanto "causa e efeito". Esta análise dá origem a uma representação visual chamada de "*árvore de problemas*". Após esta construção e visualização, propõe-se ao grupo a reversão dos problemas em objetivos, o que dá origem a "Arvore de objetivos".

Estas duas ferramentas visuais, resultantes de uma análise bem orientada, formam a base para o planejamento de uma intervenção social. Servem como "painel de controle" e como guia para a busca de soluções integradas dentro de um contexto normalmente complexo como a saúde. Alguns pré-requisitos são necessários para que o trabalho seja efetivo, como: garantir a participação igualitária, identificar de maneira precisa o conceito de problema, garantir o envolvimento direto dos participantes no contexto de ação e adotar uma atitude flexível e provisória para as relações de causa e efeito.

Dentro da proposta de construir uma visão crítica sobre situações reais de trabalho, a partir da promoção da participação de todos os profissionais de maneira igualitária, este método foi proposto enquanto ferramenta para a melhoria das habilidades colaborativas entre os profissionais envolvidos. Buscou-se, durante as oficinas, enquanto se promovia a análise e a construção de uma nova proposta de trabalho, a interação, a participação, a troca de conhecimentos e de informações, a formação de um grupo de trabalho com maior interatividade e envolvimento dos diferentes profissionais e usuárias.

Após a construção das árvores de problemas e objetivos (primeira etapa), seleção dos objetivos alcançáveis para o projeto (segunda etapa), partiu-se para a terceira etapa do método ZOPP, relativa à etapa de planejamento. Nessa etapa construiu-se o *marco lógico* e um novo modelo de *Protocolo de Atenção à Gestante* que respondesse aos problemas levantados nas etapas anteriores e que fosse adaptado à realidade vivenciada pelos atores.

As sessões foram gravadas em vídeo. Os participantes foram observados no contexto dos encontros da oficina, sendo que o foco deste estudo foram as experiências, os fatos diários, as percepções e os significados associados a essas experiências durante a aplicação do método ZOPP.

O desempenho do método foi aferido pelo grau de agilidade para trazer as questões pertinentes ao centro da discussão (foco) permitindo sua problematização em profundidade e pela sua capacidade para manter o envolvimento dos participantes, construção das relações e tomada de decisões, considerando a duração prevista.

Para capturar o desempenho, as gravações foram auditadas e os trechos mais significativos foram identificados para interpretação. O uso da videogravação permitiu uma melhoria no processo de observação, através da associação da captação de sons e imagens tornando possível examinar, interpretar e analisar o material de pesquisa repetidas vezes e possibilitando maior grau de exatidão na coleta de informações (BELEI e col., 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro encontro, foram feitos os combinados entre os participantes, os TCLE assinados e realizadas as demais considerações éticas. Nesse momento, o método ZOPP foi apresentado à equipe na sua estrutura e momentos, foi trabalhado o conceito de "problema" e apresentado o modelo de decisão consensual como proposta estratégica de tomada de decisões. O método e a estratégia de decisão consensual foram apresentados com a finalidade de facilitar a análise de situações complexas e planejar intervenções de transformação que possam ser facilmente comunicadas, avaliadas e compartilhadas. Além disso, buscou-se conhecer as expectativas dos participantes em relação ao projeto. Os fragmentos de algumas narrativas descritas a seguir ilustram momentos do primeiro encontro:

- ..." O método ZOPP é uma ferramenta que contribui para a organização de ideias diversas rumo a uma visão geral e consensual, ele tem a finalidade de analisar situações complexas e planejar intervenções de transformação que possam ser facilmente comunicadas, avaliadas e compartilhadas"...
- ..." No primeiro momento vamos pensar sobre a visão de cada um, sobre os diversos problemas, a organização dos mesmos nas suas relações de causa e efeito; no segundo momento faremos a reversão dos problemas em objetivos, resultados e ações e no terceiro momento pensaremos nas escolhas, estratégias e ações"...
- ..."O que ficou do primeiro encontro foi muitas expectativas, saber o que a gente vai conseguir construir para que haja mudanças, no pré-natal há muitas coisas que depende da vontade da gestante"...

Na construção de um modelo participativo para avaliação do Programa de Saúde do Adolescente utilizando metodologias participativas incluindo o ZOPP, BURSZTYN e col.

(2005) ressaltaram que o envolvimento da equipe como um todo favorece a valorização e integração dos profissionais, agiliza as discussões e permite o retorno ágil dos resultados uma vez que este se dá no próprio processo de discussão.

Discutiu-se sobre a formação de uma "equipe" enquanto evolução de um "grupo de trabalho" evidenciando as diferenças entre esses. Ressaltou-se que um grupo é um conjunto de pessoas com interesses diversos e alguns coincidentes, que têm responsabilidades nas tarefas e consultam entre si e eventualmente dividem problemas, já a equipe corresponde a um conjunto de pessoas que têm interesses compartilhados, têm responsabilidades no processo e planejam e se complementam frente às diversas situações. Segue um registro do diário de campo:

..."Não existe um funcionamento de equipe completamente estável, existe um estado de equipe, ora a gente está funcionando como equipe e ora a gente está funcionando como um grupo. O objetivo é que a aqui nós podemos participar mais como equipe do que como grupo"... (Notas do diário de campo).

A condução dos encontros foi no sentido de facilitar a análise, a reflexão coletiva e o trabalho cooperativo dos participantes, valendo-se da metodologia escolhida e dos temas abordados para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, cooperação e interdisciplinaridade.

Através do método, a equipe realizou três etapas de análise, em relação às instituições envolvidas, aos principais problemas e aos objetivos, o que possibilitou a construção de uma visão compartilhada coletivamente e norteou a fase de planejamento, cujos resultados são descritos a seguir.

Análise do Contexto (ou Análise de envolvimento)

Na primeira etapa do método, chamada *Análise de Envolvimento*, a equipe realizou um reconhecimento profuso e detalhado da realidade local, exposição das experiências relativas a vivência direta da situação e uma reflexão sobre a problemática do cenário institucional (principais problemas, características, potenciais, processo histórico do território, cultura) que motivou a equipe a se reunir.

Com relação aos envolvidos, MORAES (2006) ressaltou uma característica do método ZOPP que pressupõe que planejamento e implementação não se separam. Portanto, os potenciais beneficiários dos planos e programas devem ser parte ativa no processo de planejamento, juntamente com a equipe técnica. A participação de todos os envolvidos com a situação problemática a ser enfrentada no planejamento aumenta as chances de sucesso do plano a ser executado, e pôde ser evidenciada e fragmentos de algumas narrativas dos participantes:

..."esse projeto permitiu que os profissionais de saúde que estão na ponta, elaborem, pensem, discutam e executem o protocolo que estão utilizando"...

..." permitiu que o trabalhador pensasse e não só executasse, deu a ele a oportunidade de fazer parte, de ser inserido naquilo que ele faz"...

..."o projeto foi transformador, ele permitiu que a equipe conversasse e pensasse sobre seu processo de trabalho e propusesse mudanças, foi uma prática nova, ninguém nunca tinha pensado no protocolo, e muito menos pensado em alternativas e propostas que fossem diferentes, então eu acho que isso empoderou a equipe, e foi fundamental para mudar as relações de trabalho e mudar a forma como os profissionais se relacionam"...

..."esse projeto foi pra mim uma experiência de ousadia no sentido em que ele ousou em aplicar algumas técnicas de gestão, ele empoderou as pessoas que estão na base do trabalho cotidiano, ele empoderou os usuários"...

Nessa primeira etapa, que demandou um encontro de quatro horas, fez-se um mapeamento das possíveis organizações, grupos de gestantes, ações voltadas para o pré-natal, profissionais que estavam diretamente envolvidos com a situação—problema, e a partir disso, buscou-se uma visão compartilhada entre os participantes sobre as características da situação-problema e a necessidade de um esforço conjunto para solucioná-la.

Essa etapa forneceu um mapeamento institucional que indicou as organizações, instâncias e pessoas que estavam envolvidas com a situação-problema tanto no nível local das unidades de saúde, quanto na gestão da rede buscando identificar os pontos de apoio e parcerias, possíveis resistências e recursos potencialmente disponíveis. Nesse momento foi importante a presença de representantes da gestão em especial vinculados à saúde da mulher, como convidados em alguns encontros, ratificando o apoio institucional à execução do projeto.

Além disso, essa fase teve um importante papel com relação à psicologia dos processos grupais. Como o método reuniu participantes que habitualmente pouco se conheciam, essa etapa foi importante para elevar o conhecimento das pessoas sobre cada um dos participantes e exercitar o trabalho participativo, antes que atividades de reflexão e análise potencialmente mais conflitivas acontecessem (BROSE, 2010).

Análise de Problemas

Com a apreciação do contexto realizada, a equipe passou para o segundo momento analítico, que demandou dois encontros de quatro horas. Foram listados os principais problemas relacionados à atenção ao pré-natal e em seguida procedeu-se uma detalhada reflexão sobre as inter-relações, causas e efeitos fornecendo um quadro analítico da situação no momento, como previsto pela metodologia proposta.

Para MORAES (2006), a problematização na orientação do trabalho deve consistir na provocação do debate ou análise por meio de uma pergunta, a fim de levar os participantes a refletir e opinar sobre um determinado tema. As perguntas devem ser usadas para a condução mais geral do debate devem ser formuladas pelo moderador e preparadas antecipadamente para aprofundar a discussão.

..."precisamos definir o que é um problema, um problema tem sempre dois aspectos, um objetivo que é a materialidade do problema, a sua existência, a sua manifestação real, tal qual ela se apresenta e um subjetivo que é o sofrimento, dor, angústia, envolvimento. Para ser considerado problema, ele tem que me afetar, tem que nos afetar"...

..."Você identifica um ou mais problemas relacionados à atenção integral à gestante? Isso te afeta? Você se sente responsável na busca de soluções frente a estes problemas?"... (Notas do diário de campo).

Nessa fase, a equipe foi conduzida pela moderadora a problematizar as características do cuidado oferecido às gestantes nas unidades propiciando a reflexão sobre as dificuldades e o grau de comprometimento da atenção integral, os saberes fragmentados e compartimentados, o desafio da globalidade, os determinantes sociais do processo saúde-doença, a fragmentação da atenção, as representações das gestantes e da população sobre os problemas de saúde, a baixa qualidade nos serviços de saúde, a pouca correspondência ao modelo de atenção integral à saúde centrado nas necessidades do paciente, os índices de morbimortalidade materno-infantil, a insuficiência da intersetorialidade, a baixa efetividade dos sistemas de saúde e baixo nível de resolutividade.

Inicialmente, cada participante escreveu livremente os problemas que encontra na atenção integral à gestante. Em seguida, em pequenos grupos, apresentaram os pontos de vista individuais, confrontando-os e reescrevendo os que apresentavam pontos comuns. Após estas duas etapas, todos juntos leram, reescreveram e ordenaram os problemas localizando-os enquanto: causas, problema central ou efeitos. Para os resultados dessa análise, apresentam-se alguns trechos das narrativas transcritas com unidades de significado relevantes que levaram à identificação dos principais problemas:

Problemas identificados: dificuldades de abordagem multiprofissional e rotinas são pouco compartilhadas.

..."a gente não conversa sobre as gestantes, apesar da gente se comunicar, a gente não conversa sobre o que eu estou fazendo e o que ela está fazendo no paciente"...

..."precisamos mudar, o pré-natal tem que ser de todo mundo, do médico, do enfermeiro, do dentista, de todo mundo, precisamos compartilhar as ações, a gestante tem que ter uma rotina de passar por todo mundo da unidade"...

Problemas identificados: desmotivação e "des" comprometimento.

... "há uma dificuldade de comunicação no acompanhamento das atividades da gestante, mesmo a gente trabalhando em equipe a gente não se comunica, não sei se a paciente já foi na dentista, e a dentista não sabe se a paciente está frequentando direitinho, se faltou ou não"...

Problemas identificados: ações concentradas no dentista; usuárias desconhecem e não aceitam o TSB.

..."Tem certas coisas que a TSB faz que desafoga a agenda, ela vai fazer uma profilaxia, ela vai retirar os pontos, fazer uma orientação, uma escovação, enquanto eu estou atendendo um paciente, isso causa uma rotatividade maior no atendimento"...

Outras preocupações desse encontro, além da identificação dos problemas, foram fortalecer a relação entre os participantes e o trabalho em equipe, evitar que os participantes se ativessem à função ou cargo para se expressarem, facilitar a espontaneidade na expressão de ideias pessoais para consolidar a expressão grupal, apresentar novamente o método com maior clareza para que todos pudessem participar da mesma forma e garantir a distribuição da palavra para evitar a "concentração de poder" ou o "monopólio da verdade", uma vez que, nesse momento era possível perceber aqueles que se expressavam com maior facilidade e outros que se colocavam de maneira tímida e retraída.

Analisando a produção do cuidado em saúde, MERHY (2002) comentou que é no encontro, entre usuário e profissional, que o cuidado é produzido e consumido em ato. Nessa

relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que se coloque o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado. Apesar das diferenças de contexto e das especificidades da relação entre usuário e profissional requeridas no cuidado à saúde, pode-se considerar que o encontro entre usuário e profissional em atividades de planejamento pode permitir também mudanças nas condições em que ocorre a produção do cuidado à saúde, favorecendo uma abordagem centrada nas necessidades da gestante.

Essa etapa possibilitou aos participantes e, em especial às usuárias, expor livremente suas angústias. Ao colocar essas questões no centro da discussão em relação à situação-problema, buscou-se identificar na coletividade, ou seja, de modo compartilhado, possíveis soluções com chance de êxito, para as quais o indivíduo isoladamente não tinha uma resposta. Por outro lado, essa etapa, potencialmente conflitiva, apresentou pontos de vista diferentes e interpretações opostas sobre a realidade. As usuárias tiveram oportunidade de expor as maiores dificuldades que enfrentaram durante a realização do pré-natal na rede, bem como as experiências positivas e pontos fortes. Essas informações foram importantes subsídios para se pensar numa proposta nova que correspondesse às necessidades da população.

Problemas identificados: Gestantes não comparecem às consultas, pouco conhecimento sobre direitos da gestante, crenças e medos dificultam ida ao dentista.

- ..." Esse horário não dá pra vir, o sol é quente na cabeça"...
- ... "tem hora que a gente tem que escolher qual consulta vir porque eles marcam com o médico, enfermeiro, tem que vir tirar sangue, tudo em horário diferente, fica difícil faltar tanto no trabalho, meu patrão não aceita tanto atestado"...
- ..."Minha mãe falava assim: Não, você não vai mexer de tratar dente não, porque você está grávida, se você tratar dente agora, tomar anestesia isso pode fazer mal"...
- ..." Eu tive um trauma de quando era pequena, porque custei a ir tratar de dente e quando fui tratar, eu fui presa na cadeira com doze anos para arrancar dente e então eu tenho assim uma memória triste da minha primeira vez no dentista"...

PENHA & MAGAJEWSKI (2012) afirmaram que há inegáveis avanços no exercício do controle social exercido pela sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores do SUS, apesar do envolvimento ainda pequeno dos trabalhadores de saúde e dos usuários no dia-a-dia da gestão dos serviços de saúde. A gestão participativa, além de agregar mais legitimidade às ações setoriais e sustentação para os programas e políticas propostas, tem como objetivo assegurar a inclusão de novos atores políticos na cena da saúde e ampliar a possibilidade de

escuta das necessidades dos usuários e entidades organizadas da sociedade civil, conferindo maior densidade ao processo de democratização da sociedade brasileira.

A técnica visual como meio auxiliar dessa etapa foi a construção de uma "árvore de problemas" que mapeou os problemas elencados pela equipe, ressaltando suas principais relações causais, na visão coletiva. Para essa construção, foi identificado o problema central e a partir dele, os problemas relacionados à unidade de saúde, às gestantes e à equipe, e na sequência os efeitos e as causas. Nesse desenho arbóreo, o problema central identificado pela equipe "dificuldade em garantir a saúde integral com foco preventivo da mãe e do bebê no território atendido" foi colocado no centro do diagrama representando o tronco. Suas causas ficaram distribuídas, hierarquicamente, na parte inferior, representando as raízes e os seus efeitos, na parte superior representando as folhas da árvore (Figura 1).

A partir desse problema central, foram elencadas as causas relacionadas à unidade de saúde, às gestantes e à equipe, e os consequentes efeitos, representados na figura 2.

Os procedimentos adotados nessa etapa do método foram marcantes para os participantes. Depois de identificado o problema central e iniciado o processo de estabelecer a relação causa-efeito na *árvore de problemas*, os participantes tenderam a ficar ansiosos e apreensivos, mas ao mesmo tempo manifestaram satisfação ao verem a construção coletiva da *árvore de problemas*, mostrando conhecimento acurado do contexto ao qual estavam inseridos.

Entende-se que alguns problemas poderiam ser trabalhados de forma mais exaustiva, no entanto, o grupo decidiu limitar a discussão ao nível do aceitável pelo grupo enquanto um real problema, considerando os pontos de vista diferentes e os diferentes limites de análise, como o limite de tempo do encontro, o cansaço, a ausência de alguns dados e alguns limites de conhecimento técnico e teórico.

Análise de Objetivos

Diante da árvore de problemas desenhada, os problemas elencados, as causas e os efeitos do problema central, foram transformados em objetivos, e convertidos em objetivos específicos, resultados esperados e objetivos gerais. Os objetivos específicos e resultados esperados, resultaram das ações e dos processos formulados no protocolo de organização de serviço e em relação aos objetivos gerais, foram considerados objetivos parcialmente

atendidos pelo projeto, posto que dependiam de outras ações e de compromissos institucionais e coletivos que ultrapassavam o alcance do mesmo.

Assim, a *árvore de problemas* (negativo) foi transformada em *árvore de objetivos* (positivo), onde cada problema foi convertido em um objetivo. Dessa maneira fez-se a passagem de uma visão essencialmente negativa, baseada nos problemas, para uma visão conjunta positiva, de uma situação futura promissora e de possíveis soluções a serem almejadas.

Nesse momento foi importante conduzir a equipe em concentrar apenas no que era considerado desejável, ou seja, na construção de uma representação da realidade como deveria ser, sem pensar no projeto e nem na viabilidade dos objetivos.

Essa etapa de transposição de uma situação-problema, para uma situação-objetivo, teve também a finalidade de verificar e reavaliar os problemas levantados, tendo em vista que, na impossibilidade de reverter um problema em objetivo, era necessário rever e reescrever o problema. Problemas com ausência de solução ou que tinham sua solução fora da governabilidade da equipe precisaram ser repensados dentro de um contexto de hierarquização ou formulados de maneira mais adequada, abrindo-se a possibilidade de soluções alternativas.

Dessa forma, a técnica visual dessa etapa foi a construção de uma "árvore de objetivos" que mapeou os objetivos correspondentes a cada situação-problema, propondo-se uma estratégia alternativa (Figura 3).

O objetivo geral foi "ampliar a garantia à saúde integral com foco preventivo da mãe e do bebê no território atendido", e a partir desse os objetivos relacionados à unidade de saúde, às gestantes e à equipe foram identificados e mostrados na figura 4.

Alguns pontos foram identificados na *árvore de objetivos* com uma ressalva de dúvida (?) como, por exemplo: melhorar o acesso aos materiais necessários ao acompanhamento prénatal; menor rotatividade dos profissionais e sensibilizar o empregador. Apesar de a equipe ter identificado como objetivos que extrapolavam seu alcance e sua governabilidade, por decisão coletiva decidiu-se mantê-los, como forma de chamar a atenção da gestão para necessidade de um olhar para as decisões institucionais relativas à gestão de pessoas, de recursos e envolvimento intersetorial que poderiam influenciar a qualidade do cuidado oferecido.

O intuito foi que a equipe alcançasse uma construção coletiva embasada firmemente em um entendimento comum respeitando-se a percepção de todos os integrantes acerca da realidade e contexto nos quais estavam inseridos.

80

A Escolha

A árvore de objetivos apresentou um quadro amplo e complexo, uma visão do futuro de

como seria a realidade sem aqueles problemas identificados. A equipe aproveitou bem os

espaços de diálogo possibilitado pelo método, o que refletiu na identificação de

complexidades que extrapolaram o seu raio de ação e sua governabilidade, o que pode ser

comum durante a aplicação do método ZOPP quando a equipe de trabalho consegue

aprofundar a reflexão e manter o foco da discussão.

Nessa etapa, os participantes refletiram sobre uma escolha consciente de quais objetivos,

diante da complexidade do quadro, deveriam ser priorizados e alcançáveis para construção de

um Protocolo de Atenção à Gestante.

Para auxiliar a equipe e nortear as escolhas, foi feita uma discussão sobre os pontos de

apoio e de parceria e os recursos potencialmente disponíveis, e com base em uma reflexão

consensual, procedeu-se à etapa de escolha para definir a melhor estratégia de intervenção que

teria chance de obter sucesso nos processos de mudança da realidade.

Assim, os participantes identificaram as possíveis soluções alternativas, selecionaram as

estratégias do projeto, determinaram as estratégias a serem adotadas a partir de critérios

limitados pelo próprio projeto, identificando aqueles objetivos que não eram possíveis de

serem alcançados devido à limitação de recursos (indesejáveis e inviáveis) e também

identificando as alternativas que segundo a equipe representavam as melhores estratégias do

projeto, considerando: a limitação de recursos, probabilidade de êxito, relação entre o custo

do esforço e o benefício potencial, riscos sociais e mobilização de práticas colaborativas.

Diante da escolha dos objetivos e das estratégias a serem implementadas, a equipe passou

para a fase de planejamento.

O Planejamento: O Marco Lógico e a Construção do Protocolo de Atenção à Gestante

A segunda fase do método ZOPP consistiu de um processo de detalhamento passo a passo

para a construção do marco lógico ou quadro lógico, que é um instrumento de gestão de um

projeto, utilizado para melhor visualizar o planejamento de ações e as relações que se estabelecem entre as ações e os objetivos.

Há várias maneiras de representar este *marco lógico* e os elementos principais são: objetivos, ações, metas, indicadores e condicionantes. Entre esses, um elemento muito importante foi a definição dos indicadores, que permitiriam a aferição, o monitoramento e avaliação do projeto, indicando as medidas corretivas necessárias. A construção do *marco lógico* partiu de uma análise exaustiva de uma situação, e foi resultado de uma compreensão global e das escolhas das ações possíveis a serem realizadas dentro da situação e do contexto.

A construção do *marco lógico* foi baseada nas informações compartilhadas durante os encontros, sobretudo após a elaboração conjunta da "*árvore de problemas*" e "*árvore de objetivos*", e serviu como um painel de controle da implementação do protocolo que foi visualizado, avaliado, e revisto sempre que necessário. Um bom acompanhamento do projeto a partir deste documento foi essencial para garantir o sucesso dos objetivos.

Como exemplo de um dos eixos horizontais do *marco lógico*, pode-se citar que para o objetivo "aumentar a adesão das pacientes, a continuidade e a qualidade do cuidado no prénatal", as principais ações foram fazer busca ativa a gestantes faltantes e públicos específicos, e aumentar a adesão aos procedimentos preventivos em saúde bucal durante a gestação; para isso, as metas definidas foram aumentar em 50% o número de gestantes que completam o prénatal no novo protocolo e aumentar em 50% a frequência nas consultas em atividades de saúde bucal. Para essas metas, alguns indicadores definidos foram número de visitas de gestantes faltantes e grupos específicos (trabalhadoras, adolescentes ou em drogadicção), número de consultas de pré-natal, número de gestantes atendidas pela equipe de saúde bucal e tratamento de saúde bucal completado. E por último, os condicionantes estabelecidos: adesão dos agentes comunitários de saúde, tempo dos demais profissionais para acompanhar as visitas, organização da agenda da equipe e trabalho compartilhado da equipe de saúde bucal.

A partir dessas três principais ferramentas visuais geradas pela aplicação do método ZOPP, árvore de problemas, árvore de objetivos e marco lógico, a equipe passou para a nova fase de construção coletiva de um novo *Protocolo de Atenção à Gestante* que atendesse os objetivos prioritários relacionados à organização dos serviços sob governabilidade da equipe multiprofissional e levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo.

A construção coletiva desse protocolo levou em consideração os conhecimentos científicos, as experiências dos profissionais, as características da realidade local e a colaboração interprofissional como ferramenta para melhorar a qualidade da atenção integral e do cuidado oferecido às gestantes, buscando superar a ação uniprofissional isolada e a abordagem disciplinar.

Durante as sessões da oficina foram detectadas necessidades cognitivas e atitudinais identificadas pelos trabalhadores no contexto do planejamento participativo durante a construção do *Protocolo de Atenção à Saúde da Gestante*. As principais necessidades levantadas pela equipe foram sobre redes de atenção à saúde, atenção colaborativa e centrada na gestante e na família, ação multiprofissional, trabalho em equipe na atenção primária à saúde, colaboração interprofissional, conhecimento de outras experiências bem sucedidas de rede de atenção à saúde no SUS para a gestante, organização da assistência ao pré-natal no Estado de Minas Gerais, linhas guias, protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço, estratégias de educação em saúde gestante-centrada (rodas de conversa), planejamento familiar, direitos sociais relacionados à gestação, formação de vínculo com a gestante e sua família, gravidez na adolescência, gestantes drogaditas, mortalidade materno-infantil no contexto do estudo, aleitamento materno, rotinas de atenção ao pré-natal, intercorrências da gravidez, situações especiais, fatores de risco, sinais de alerta, tipos de parto e atenção à saúde bucal da gestante.

Para suprir essas necessidades foram planejados e executados processos de qualificação a partir dos conhecimentos prévios da equipe e baseados na estratégia de Educação Permanente em Saúde. Foram identificadas possíveis referências técnicas (especialistas) como apoios dentro da própria rede municipal de saúde, como forma de promover o envolvimento de apoiadores no projeto, fortalecendo o seu reconhecimento.

..."precisamos de uma capacitação com a odontologia pra poder alinhar, médico sempre morreu de medo de liberar a gestante para o tratamento odontológico e as pacientes também tinham certo receio. Esses protocolos têm que ser alinhados, não adianta eu falar uma língua aqui e outra lá"... (Notas do diário de campo).

Associados aos processos de qualificação, e como forma de amparar as discussões para a construção do protocolo, foram empregados diretrizes do SUS, documentos do Ministério da Saúde, Linhas Guias, e referências científicas e tecnológicas acerca da temática. Além disso,

em um dos encontros os participantes trocaram experiências com profissionais do programa de atenção à gestante da Comunidade de Paraisópolis, na região sul do município de São Paulo, sob gerência da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Considerando esses aspectos, os protocolos de forma geral têm alcances e limites, e devem ser revistos periodicamente com base na avaliação dos resultados de sua implementação, do progresso do conhecimento científico e tecnológico e das necessidades de saúde da população que tendem a sofrer importantes alterações num contexto de transição demográfica e epidemiológica.

Os protocolos não devem ser utilizados como instrumento de engessamento da prática profissional, mas como uma fonte-guia capaz de ajudar decisões compartilhadas. Nesse sentido, os profissionais devem estar preparados para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado.

Este protocolo foi concebido como um protocolo de organização dos serviços, abrangendo principalmente o fluxo das gestantes e a dinâmica do processo de trabalho, e contempla quatro momentos: a entrada da mulher com suspeita de gravidez na rede, o acolhimento na unidade de saúde, o diagnóstico da gravidez e na sequência, o fluxo do pré-natal multiprofissional dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional.

Um dos momentos mais significativos do protocolo é uma atividade de grupo multiprofissional sob uma abordagem interdisciplinar prevista para ser realizada mensalmente nas unidades de saúde. Nessa atividade todos os profissionais atuam em conjunto com o objetivo de criar um ambiente de apoio e acolhimento às gestantes, criar vínculo, favorecer a inclusão, a escuta e uma aproximação entre profissionais e gestantes, para se atentar aos seus valores, percepções e comportamentos.

- ... "ideia é englobar todos os profissionais da equipe e envolvê-los no cuidado da gestante com responsabilidade, toda a equipe deve estar mais integrada, estar sabendo o que está acontecendo"...
- ..."a ideia que a gente teve é tornar o atendimento com a gestante mais multiprofissional, que todos tivessem responsabilidade em cima do pré-natal, focar nos atendimentos para que ela não necessite voltar na unidade várias vezes, tentando assim aumentar a adesão do tratamento"...
- "... seria uma roda de conversa, algo mais informal, mas todos os profissionais estariam lá com as gestantes para saber o que elas precisam"...

Essa atividade inicia-se com uma roda de conversa, gestante-centrada incluindo a escuta, partilha, diálogo e o autocuidado apoiado como base da ação educativa em saúde. O autocuidado apoiado envolve ações educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das gestantes em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas. Os principais objetivos do autocuidado apoiado são propiciar às gestantes a apropriação de conhecimentos e habilidades para identificar as fases da gestação, as mudanças que serão vivenciadas e ajudar a decidir a melhor forma de vivenciar esse momento; incluindo uma visão crítica sobre os benefícios e malefícios de certos comportamentos para a sua saúde e de seu bebê (MORRISON, 2007).

Na sequência, as gestantes são conduzidas para as diferentes consultas especializadas individuais de acordo com as necessidades elencadas para o seu período gestacional. Esse modelo de concentração das atividades de grupo e de consultas em um único momento partiu da análise de alguns problemas consensuais, como, o não comparecimento das gestantes nas atividades preventivas, falta das gestantes nas consultas odontológicas, consultas e procedimentos agendados em diferentes dias, dificuldade de liberação dos empregadores para diversas consultas de pré-natal e a necessidade premente de se criar um momento dentro da unidade que favorecesse as práticas colaborativas interprofissionais. Para a gestante trabalhadora facilita a concentração de exames e consultas especializadas com vários profissionais em um único período do dia (a escolha recaiu sobre o período da manhã) e para os profissionais esse momento dedicado às gestantes favorece o trabalho em equipe, integra os profissionais de diferentes áreas, articula ações de cooperação, flexibiliza a divisão do trabalho, reorganiza o processo de trabalho e favorece um modelo de atenção integral à saúde.

A pesquisadora e as auxiliares de pesquisa registraram as observações e principais falas dos participantes, observaram o comportamento e o desempenho do grupo durante a realização das tarefas propostas pela facilitadora, contribuíram para o registro visual dos resultados das análises e discussões, estiveram atentas para observar a interação dos participantes, o engajamento dos mesmos nas discussões e debates, os depoimentos, a integração dos mesmos e a maneira com a qual eles colaboravam na construção das tarefas propostas.

^{... &}quot;nossa, eu nem sabia que sabia tanto"...

^{...&}quot;construir o protocolo envolveu todos da equipe, inclusive com a participação das usuárias, isso foi muito importante, a gente também considerar o lado delas, melhor ainda foi coloca-lo em prática, ver o projeto sair do papel e realmente acontecer foi

fantástico, todos estão muito envolvidos em fazer o melhor possível, trazer o maior número de gestantes e as próprias gestantes ficaram muito felizes com os grupos, foi fantástico ter unido todas as especialidades..."

- ..."para as gestantes é uma forma de socializarem com outras mulheres da comunidade que também estão grávidas, compartilharem as angústias que são diferentes, mas que estão em um círculo comum e poder ter esse espaço de troca, um espaço de segurança, de que ela sabe que pode falar e não será repreendida, criticada"...
- ..."Quando a gente abre o coração, a gente faz a diferença, eu falava que a culpa da falta de adesão das gestantes eram delas, hoje eu vejo, tem que partir da gente"....
- ..."representou pra mim uma valorização do profissional TSB, a importância de ter o profissional TSB ali auxiliando e estimulando bons hábitos, ensinando, cooperando com a gestante e incentivando melhorias"...
- ..."a gente conseguiu trabalhar em equipe, claro que pode melhorar, mas assim teve interação entre a equipe, não dá pra fazer o protocolo sozinho, então busca uma aproximação maior da equipe"...
- ..."antes a gente não tinha um protocolo, não tinha reuniões mensais na unidade do PSF"...
- (Notas do diário de campo: participante sobre o trabalho coletivo realizado).
- ..."olha, eu nunca tinha visto uma programação para os usuários que a sala (de reunião) tivesse ficado tão bonitinha... foi a primeira vez, e olha que estou aqui desde que fundou essa unidade"... (Notas do diário de campo: percepção espontânea do porteiro da Unidade de Saúde)

Limites e alcances do método ZOPP

O método ZOPP enquanto técnica de planejamento para intervenção social apresenta atributos importantes, mas também pontos críticos, demarcando suas consistências e inconsistências. As principais críticas que podem ser evidenciadas apontam aspectos relacionados à natureza do método ZOPP e que precisam ser monitoradas, como por exemplo, durante as discussões para eleição dos problemas vivenciados pela equipe podem predominar as realidades e prioridades dos profissionais mais habilitados ou que têm "maior poder" de persuasão sobre os demais participantes em detrimento dos usuários, ou mesmo dos outros profissionais. Além disso, a simplificação do método pode tornar sua aplicação mecânica e rígida, empobrecendo a sinergia de ideias, e por isso exige do condutor da oficina flexibilidade e domínio do método para garantir entendimento homogêneo e o exercício do direito a voz a todos os participantes.

Podem-se destacar alguns atributos do método que podem operar para o seu desempenho, como o uso das técnicas de visualização do método ZOPP que facilitou a concentração, ajudou na visão do todo e garantiu agilidade na retomada das discussões entre os encontros; mas ao mesmo tempo se não for bem representada, essas técnicas de visualização podem representar uma limitação do método enquanto exige certo nível de abstração e limita a representação no papel.

Outra exigência para garantir o desempenho do método e algum grau de replicabilidade, é em relação às habilidades e competências do condutor da oficina para identificar de maneira precisa o conceito de problema, garantir o envolvimento direto dos participantes no contexto de ação, garantir a participação igualitária, bem como o entendimento homogêneo, visto que a equipe era composta de pessoas com diferentes acúmulos cognitivos e níveis de escolaridade.

..."O grupo ainda não se conhece completamente, o que dificulta a espontaneidade na expressão de ideias pessoais, será importante nos próximos encontros fortalecer a apresentação de cada um para consolidar a expressão grupal, ...já é possível perceber aqueles que se expressam com maior facilidade e outros que se colocam de maneira tímida e retraída, será fundamental distribuir a palavra para evitar "concentração de poder/verdade". Outro ponto importante é que os participantes ainda se atém à sua função ou cargo para se expressar, será importante favorecer a expressão enquanto grupo de trabalho, com a visão de todo o processo. Será preciso reiterar algumas informações e apresentar o método com maior clareza para que todos possam participar da mesma forma"...

(Notas do diário de campo: Avaliação realizada pelo moderador ao final do segundo encontro).

E por último, a importância da visão e decisão de consenso que ao mesmo tempo em que permitiu o respeito às diferentes opiniões, permitiu o avanço nas tomadas de decisões favorecendo a comunicação, estabelecendo uma linguagem comum no planejamento e no monitoramento do projeto, facilitando o trabalho burocrático.

De maneira geral, além das limitações destacadas inerentes ao método ZOPP, é importante destacar as dificuldades encontradas durante a pesquisa nas descrições e análises sobre o desempenho do método, justificada em parte pela escassez de produção científica aplicando o método ZOPP para planejamento na área da saúde. Outra limitação diz respeito ao número de participantes que não permitiu extrair estimativas mais robustas e aprofundar as conclusões para além de um estudo exploratório no contexto em que foi produzido.

Para além das limitações descritas inerentes ao método, outras ligadas ao contexto da pesquisa também podem ser consideradas, como a baixa cobertura dos serviços de atenção primária (em torno de 40,5%) dificultando a captação precoce da gestante na rede, a fragmentação e complexidade do sistema de saúde, pontos de atenção que não se comunicam adequadamente, ordenação inadequada de fluxos e contra fluxos entre a atenção primária e a secundária ou terciária gerando estrangulamento no acesso aos serviços especializados, limitações relacionadas à estrutura física das unidades e equipamentos, dificuldades no acesso às consultas, restrições dos horários de atendimento e ainda absenteísmos frequentes encontrados nos atendimentos à gestante.

Apesar dessas dificuldades levantadas, existe uma valoração dos aspectos positivos obtidos pelo método, pois o presente estudo é um dos primeiros trabalhos em que se aplicou e testou o método ZOPP como ferramenta para planejamentos participativos e intervenções sociais, levando em consideração o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo na atenção ao pré-natal, sendo possível considerar que o método ZOPP conseguiu trazer as questões pertinentes para o centro da discussão, manteve o foco e o envolvimento dos participantes, garantiu a participação igualitária e o entendimento homogêneo estabelecendo relação de fidelidade para o produto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados, pôde-se concluir que o método ZOPP, enquanto metodologia de planejamento participativo estimulou a mobilização e o comprometimento dos trabalhadores e usuárias, que passaram a se sentir parte dos processos de tomada de decisão, tiveram suas reivindicações consideradas e construíram uma relação de confiança e parceria para a busca de soluções.

O método ZOPP foi eficiente na visualização dos fatores internos e externos ao serviço que comprometem a qualidade do cuidado da gestante. A visualização dos problemas e objetivos revelou aos participantes o próprio conhecimento acumulado e a valorização das suas atuações e complementaridades e uma aproximação da visão do profissional com a realidade do usuário. Isso foi facilitado pelo papel flexível e ativo do mediador das oficinas, garantindo o entendimento homogêneo e participação igualitária de todos no processo.

Por meio da experiência desenvolvida, foi possível recuperar a confiança, aumentar a colaboração interprofissional, e ressignificar as relações de autonomia e interdependência do trabalho profissional gerando novos conhecimentos sobre o tema tendo por referência as necessidades das gestantes. Tal experiência desencadeou uma transformação nas relações entre os profissionais e entre os profissionais e usuárias, a criação de vínculos e o estabelecimento da corresponsabilidade na produção do cuidado.

O envolvimento e comprometimento fizeram com que os participantes se apropriassem das suas necessidades, seus desejos, suas demandas, seus problemas, soluções e limites, produzindo saberes sobre si mesmos. Tanto as gestantes, quanto os profissionais sentiram-se protagonistas do projeto e novas formas de gerir os serviços de saúde à gestante foram instituídas. Passou-se a contar com as gestantes como parceiras na mobilização social, estimulando novos dispositivos terapêuticos.

A implicação dos sujeitos (trabalhadores e gestantes) como protagonistas na produção de mudanças nas duas unidades estudadas foi visível em decorrência das mudanças de atitude e envolvimento no processo da produção de cuidado requerido para a implementação do novo *Protocolo de Atenção à Gestante*, uma condição importante quando se busca maior qualidade na prestação dos serviços de saúde.

O método ZOPP se mostrou flexível e adequado para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e construção de um protocolo de organização de serviços no âmbito da atenção primária à saúde. A indissociabilidade entre analisar, planejar e implementar ações despertou compromissos éticos e recuperou comportamentos inovadores no encaminhamento da solução de problemas fortalecendo a colaboração interprofissional.

Percebe-se que o método ZOPP, enquanto ferramenta de análise e projeção é efetivo desde que seguido de uma metodologia de planejamento que abarque as ações previstas e assegure à equipe a realização das mesmas.

As suas limitações e inconsistências podem ser superadas através do envolvimento direto dos participantes no contexto de ação, da garantia da participação igualitária e do entendimento homogêneo, do estímulo à sinergia de ideias, do uso bem representado das técnicas de visualização, da identificação precisa dos problemas, da visão e decisão de consenso, e também nas habilidades e competências do condutor da oficina para assegurar todas essas superações.

Este protocolo foi implementado e acompanhado durante sete meses nas duas unidades de saúde, houve uma percepção geral da equipe de que o mesmo melhorou a atenção à gestante e promoveu um trabalho mais colaborativo e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

BARROS-FILHO e col. Planejamento estratégico da secretaria de saneamento do Recife: uma aplicação do método planejamento de projetos orientado a resultados, ZOPP. In. Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento. Saneamento ambiental: a hora da solução. Rio Grande do Sul, ASSEMAE, p.9, Ilus, tab, 2004.

BELEI, R. A. e col. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**. FaE/PPGE/UFPel. Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008.

BOLAY, F. W. Guia para aplicação: planejamento de projeto orientado por objetivos método ZOPP, Tradução de Markus Brose, Recife/PE: GTZ - Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 1993.

BROSE, M. Gerenciamento participativo e o Método ZOPP da GTZ. In: KLAUSMEYER, RAMALHO (Org.). **Introdução a metodologias participativas: um guia prático**. Recife: SACTES-DED, 1985.

BROSE, M. **Metodologia Participativa - Uma Introdução a 29 instrumentos**. 2ª. Edição. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2010.

BURSZTYN, I. **Avaliação Participativa: uma construção a partir dos atores**. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2004.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):404-416, mar-abr, 2005.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

FAQUIM, J. P. S.; FRAZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante pré-natal. **Revista Saúde em Debate** 2015 [no prelo].

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Pan-americana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 100, 1994.

MALDONADE, I. R. Enfrentar a realidade metodologicamente: o Zopp e a organização do trabalho fonoaudiológico por estagiários em UBS. **Pró-Fono Revista de Atualização Científic**a, abr-jun;21(2), 2009.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Ana Cristina de Souza Mandarino; Estélio Gomberg. (Org.). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. 1ª ed. Salvador: Editora da UFBa, v. 1, p. 5-21, 2012.

MORAES, V. V. **Planejamento participativo como instrumento de aprendizado**. [dissertação de mestrado]. Campinas. Universidade Estadual de Campinas, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORRISON, S. Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville, **National Health Care for the Homeless Council**, 2007.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 14-40, 2004.

PENHA, F. C.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2265-2274, 2010.

SANTOS-NETO e col. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3057-3068, 2012.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 1ª Ed. 161p., 2010.

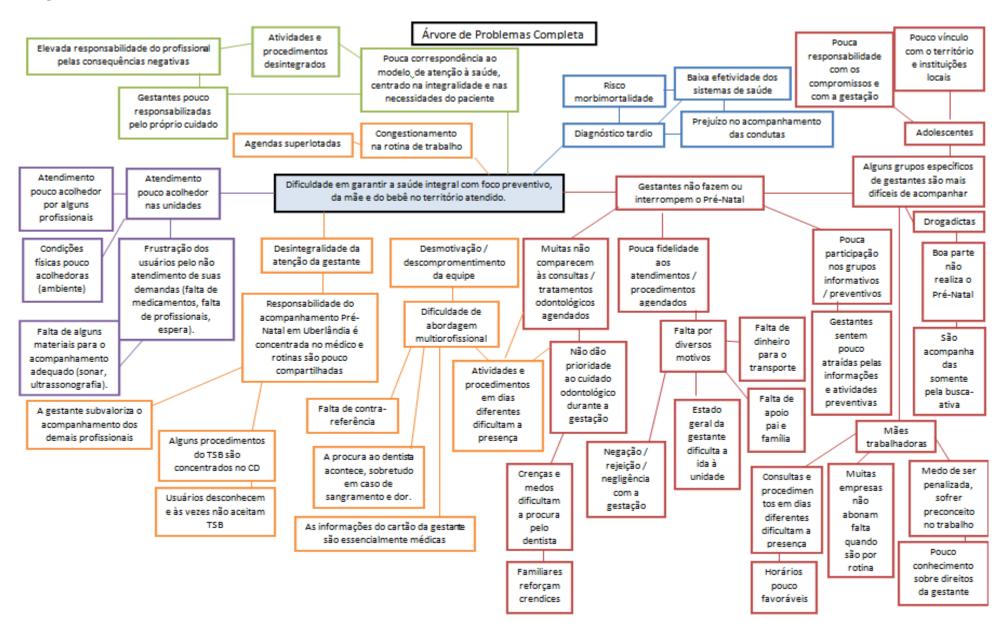
VILASBÔAS, A. L. Q. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 68p, 2004.

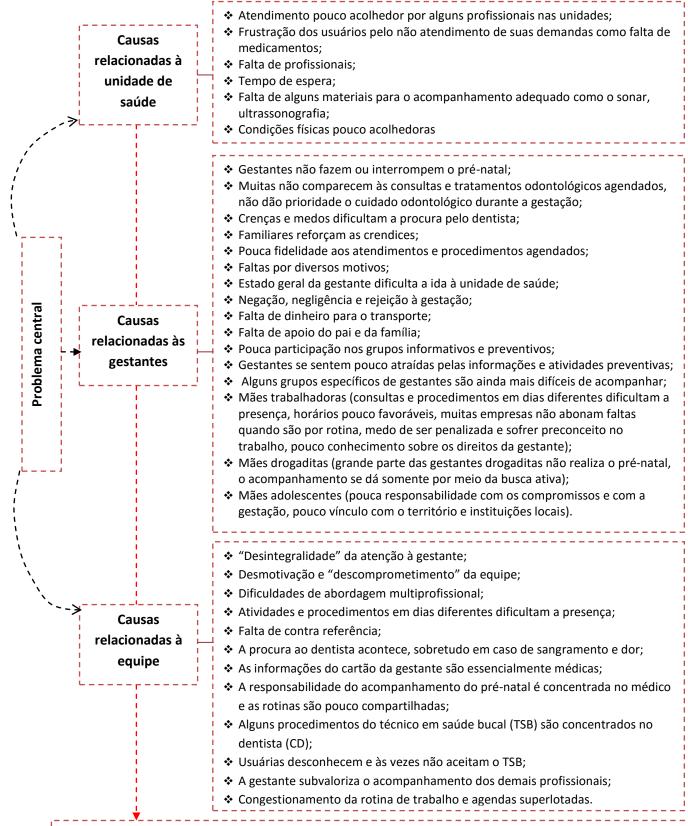
WERNECK, M. A. F e col. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 90p, 2009.

ZANATA, R.L.; FERNANDES, K.B.; NAVARRO, P.S. Prenatal dental care: Evaluation of Professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. **J. Appl. Oral Sci**, *16*, 194–200, 2008.

ZEURI, Mauro. Análise crítica do ZOPP: Planejamento de Projeto Orientado para o Objetivo como método de planejamento e gestão compartilhada. [dissertação de mestrado]. FE/UNICAMP. Campinas-SP, 2002.

Figura 1: Árvore de Problemas





Efeitos

- Pouca correspondência ao modelo de atenção à saúde, centrado na integralidade e nas necessidades do paciente;
- Atividades e procedimentos desintegrados;
- Gestantes pouco responsabilizadas pelo próprio cuidado;
- Elevada responsabilidade do profissional pelas consequências negativas;
- Diagnóstico tardio;
- Risco de morbimortalidade materno-infantil;
- Baixa efetividade dos sistemas de saúde e prejuízo no acompanhamento das condutas

Figura 3: Árvore de Objetivos

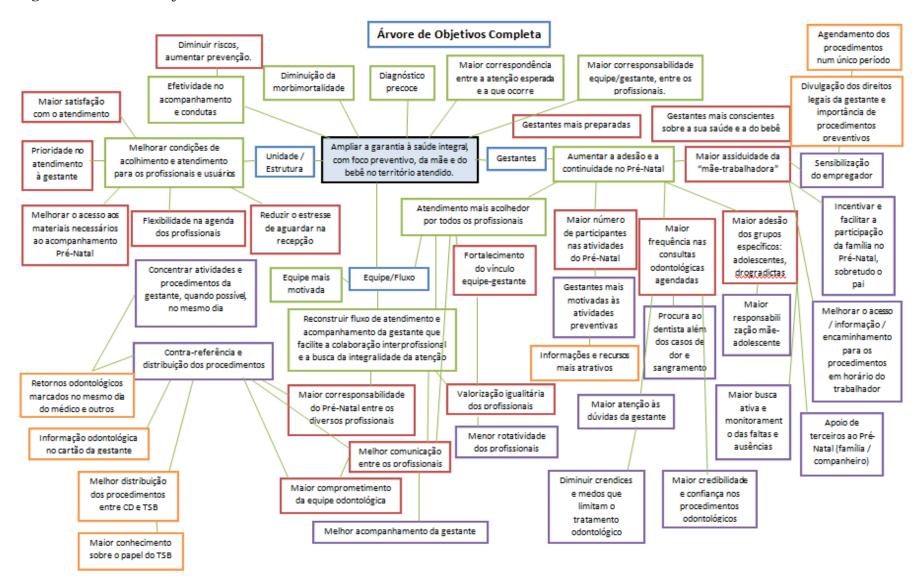


Figura 4. Relação do objetivo geral com os objetivos relacionados à unidade de saúde, gestantes e equipe.



4.3 Artigo 3





..." permitir que o trabalhador pense e não só execute, dá à ele a oportunidade de fazer parte, de ser inserido naquilo que ele faz"...

... "quando eu vi o protocolo lá no mural da unidade, meus olhos brilharam, sabendo que eu fiz parte, feliz porque as futuras mamães terão o privilégio de terem uma equipe multidisciplinar à sua espera, eu acho que isso faz toda a diferença na gravidez"...

.." olha, eu nunca tinha visto uma programação para os usuários que a sala (de reunião) tivesse ficado tão bonitinha... foi a primeira vez, e olha que estou aqui desde que fundou essa unidade"...

98

Impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e na colaboração

interprofissional de um protocolo de atenção ao pré-natal: um estudo de métodos

mistos

Impact on quality of life related to oral health and interprofessional collaboration

of attention protocol to antenatal: a mixed methods study

Juliana Pereira da Silva Faquim^{1*}, Natália Palazzo Buiatti², Paulo Frazão³.

¹ Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas

Gerais, Brasil.

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São

Paulo.

Endereço: Av. Amazonas – Bloco 4K - Sala 136, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil,

CEP: 38400-902.

Telefone: (+ 55 34) 3225-8462.

E-mail: jufaquim@ig.com.br

² Psicóloga, especialista em Redação e Gestão de Projetos pela Unitalsi (Torino, Itália),

mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço: Rua Arthur Bernardes, 149, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, CEP: 38400-

368

Telefone: (+55 34) 32147043

E-mail: natpalazzo@yahoo.com.br

³ Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade

de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Livre-Docente pela Universidade de São Paulo. Professor Titular do Departamento de

Prática de Saúde Pública / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 715 - Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil, CEP 01246-

904.

Telefone: (+55 11) 3061-7957.

E-mail: pafrazao@usp.br

FINANCIAMENTO

Recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Processo: 476505/2012-7. O último autor é pesquisador do CNPq (304251/2012-7).

CONFLITOS DE INTERESSE

Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO

A colaboração interprofissional pode ser mobilizada para elevar a efetividade dos sistemas de saúde, enfrentando problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e na colaboração interprofissional de um protocolo de atenção à gestante. Realizou-se um estudo de intervenção do tipo antes e depois, com um grupo de controle pós-teste, incluindo métodos mistos. A população do estudo compreendeu oito profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) e 60 gestantes cadastradas em duas unidades de saúde da família do município de Uberlândia, sendo 36 incluídas no grupo intervenção e 24 no grupo controle. Dados numéricos, narrativas provenientes de entrevistas e registros de diário de campo foram usados para identificar mudanças na autoavaliação da saúde bucal, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo OHIP-14, na percepção das gestantes sobre o trabalho em equipe e nas práticas profissionais. Testes estatísticos para detectar diferenças ao nível de 10% de significância e análise temática de conteúdo foram empregados para interpretar os desfechos. A maioria das gestantes era jovem (menos de 26 anos de idade) e tinha ensino médio incompleto ou completo sem diferenças significativas entre os grupos teste e controle. Gestantes do grupo intervenção perceberam que os profissionais trabalhavam mais em equipe do que as gestantes do grupo controle. Gestantes avaliaram que a saúde bucal e a qualidade de vida decorrente da saúde bucal melhoraram após a intervenção. Segundo os profissionais, a intervenção no que pese seu caráter desafiador, estimulou o comprometimento da equipe para reorientar o processo de trabalho com maior envolvimento e interação profissional colaborativa. Concluiu-se que o protocolo de organização de serviços testado provocou tensões e produziu efeitos positivos na colaboração interprofissional e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal contribuindo para qualificar a atenção ao pré-natal oferecida.

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional, Cuidados em Saúde, Pré-Natal.

ABSTRACT

The interprofessional collaboration can be mobilized to increase the effectiveness of health systems, facing problems of the health care model and health workforce. The aim of this study was to evaluate the impact on oral health-related quality of life and on interprofessional collaboration of a pregnant healthcare protocol. We conducted a before and after intervention study, with a post-test control group, including mixed methods. The study population comprised eight health professionals (doctors, dentists, nurses and technicians in oral health) and 60 pregnant women enrolled in two primary healthcare units at Uberlândia city, 36 included in the intervention group and 24 in the control group. Numerical data, narratives from interviews and field diary records were used to identify changes in self-rated oral health, quality of life related to oral health measured by OHIP-14, perception of pregnant women on teamwork and professional practices. Statistical tests to detect differences at the 10% level of significance and thematic content analysis were used to interpret the outcomes. Most patients were young (under 26 years old) and had incomplete or complete high school with no significant differences between the test and control groups. The women in the intervention group realized that professionals worked more as a team compared to the mothers in the control group. Self-rated oral health and oral health-related quality of life improved after intervention. According to the professionals and despite the challenging character, the intervention encouraged the empowerment of the team to refocus the work process with greater involvement and collaborative professional interaction. In conclusion, the services organization protocol caused tensions and produced positive effects on interprofessional collaboration and on oral health-related quality of life contributing to improve antenatal care offered.

Keywords: Interprofessional Collaboration, Health Care, Antenatal Care.

INTRODUÇÃO

Segundo EDGAR MORIN (2004), há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas, e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários. E na saúde também é assim, as especializações e hiperespecializações têm fragmentado não apenas os saberes impedindo de ver o global, mas também as conexões e as relações interprofissionais que comprometem a atenção integral ao paciente.

Uma das mudanças mais importantes na produção do cuidado em saúde nos últimos anos tem sido a reorganização do processo de trabalho substituindo a atuação isolada de profissionais pela atuação de equipes multiprofissionais (D'AUNNO, 1996). O emprego de equipes multiprofissionais no sistema de saúde é uma exigência que decorre das transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX e cuja consequência tem sido a mudança na estrutura demográfica das populações (transição demográfica) e nos padrões de morbimortalidade (transição epidemiológica) nas regiões mais desenvolvidas do mundo, ganhando relevância as condições crônicas sobre as condições agudas.

A colaboração interprofissional tem sido apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (WHO, 2010).

Segundo HEINNEMAN (2002) a colaboração é o elemento que mais influencia o trabalho em equipe. A colaboração interprofissional nas equipes de saúde representa a estruturação da ação coletiva por meio de transmissão de informações e da tomada de decisões compartilhadas (D'AMOUR, 1997).

Estudos e revisões realizadas têm mostrado que os efeitos da prática cooperada podem alcançar desde uma melhor resolubilidade das ações (OANDASAN e col, 2004, GALBOURY e col, 2009), incluindo o aumento da diversidade de sua oferta (GABOURY e col, 2009, D'AMOUR e col, 2005) até a melhoria da comunicação entre trabalhadores, a otimização da participação da equipe na tomada de decisões e a potencialização do respeito entre os integrantes das equipes (OANDASAN e col, 2004).

Pode melhorar os resultados no cuidado a pacientes de grupos específicos (STRASSER e col, 2008, SINCLAIR e col, 2009); usuários de serviços de práticas complementares (GABOURY e col, 2009) e de equipes de saúde da família (GOLDMAN e col, 2010). Equipes que cooperam entre si, parecem estar mais aptas e reunir maior capacidade para coordenar a atenção, identificar as reais necessidades da comunidade, desenvolver novas tecnologias de atenção produzindo respostas às demandas da saúde (OANDASAN e col, 2004).

Como a qualificação da atenção ao pré-natal exige a atuação de uma equipe multiprofissional orientada por uma abordagem interdisciplinar com a finalidade de produzir cuidados integrais centrados nas necessidades das famílias e indivíduos, ela representa um espaço propício ao estudo das práticas colaborativas. Estudos têm mostrado as possíveis implicações sistêmicas decorrentes das alterações comuns na cavidade bucal durante a gestação que, se não tiverem o devido cuidado e atenção, podem levar às doenças periodontais que podem ser fator de risco para o parto prematuro (< 37 semanas) e bebês com baixo peso ao nascer (< 2.500g) (MADIANOS, 2013).

Nesse contexto, pesquisas de intervenção com foco na colaboração interprofissional são importantes para investigar os efeitos nas relações interprofissionais e na qualidade do cuidado oferecido (ZWARENSTEIN e col., 2009).

Nessas pesquisas de intervenção, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a necessidade de compreensão dos fenômenos têm levado a uma crescente utilização de métodos mistos de pesquisa que envolvem abordagens quantitativas e qualitativas. Esse desenho de pesquisa, apesar dos desafios relacionados à coleta de dados, análise das narrativas e dados numéricos, tem sido uma alternativa para obter uma interpretação mais abrangente do problema de pesquisa em especial na atenção primária. (CRESWELL, 2007).

Apesar dos benefícios que se atribui à colaboração interprofissional, há poucos estudos mostrando empiricamente os efeitos da colaboração na prática clínica (ZWARENSTEIN e col., 2005), o que torna importante para produção de novos conhecimentos, pesquisas que abordem a colaboração interprofissional envolvendo a saúde bucal na atenção ao pré-natal.

Este estudo teve por objetivo avaliar o impacto na colaboração interprofissional e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal decorrente de um protocolo de atenção à

gestante, em duas unidades de saúde de atenção primária à saúde do município de Uberlândia que fazem parte da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo de intervenção do tipo antes e depois, com um grupo de controle pós-teste incluindo métodos mistos para testar os efeitos de um protocolo de atenção à gestante. Dados numéricos obtidos por meio de questões fechadas, narrativas oriundas de questões abertas, e observações registradas em diário de campo foram coletados. Nesse estudo as formas de coleta foram simultâneas e as informações integradas para interpretação dos resultados gerais (CRESWELL, 2007).

População do estudo

A população do estudo compreendeu quatro categorias de profissionais de saúde de duas unidades de atenção primária à saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) totalizando oito profissionais de saúde. Além desses, 60 gestantes cadastradas nessas unidades ao longo do estudo foram envolvidas na pesquisa, sendo que desse total, 36 participaram da intervenção realizando o pré-natal dentro do novo protocolo, sendo por isso, entrevistadas antes e após a intervenção chamadas neste estudo de grupo intervenção ou teste. As outras 24 gestantes por estarem com idade gestacional superior a 22 semanas no início da pesquisa responderam apenas as primeiras entrevistas, e por isso não foram submetidas ao novo protocolo, sendo denominadas neste estudo grupo controle ou de comparação.

As unidades de atenção primária à saúde fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Uberlândia e foram selecionadas intencionalmente por apresentarem características comuns em termos de população assistida, condições semelhantes e favoráveis de estrutura física, declaração de interesse por parte dos profissionais e da gestão, grau favorável de colaboração interprofissional, entre outros

aspectos considerados em pesquisa anterior (FAQUIM e col., 2015). Admite-se que os princípios que orientam a ESF representam um espaço propício para elevar o grau de colaboração interprofissional.

A intervenção

Com o objetivo de usar a educação permanente em saúde como estratégia para construir pactos entre profissionais e usuários que coloquem as necessidades dos usuários como foco da organização do trabalho em saúde, foi realizada uma oficina de formação. A oficina compreendeu doze encontros de quatro horas cada e contou com oito profissionais e duas usuárias. Para estimular a análise e avaliação das ações para construção do protocolo foi utilizada uma metodologia de planejamento participativa de intervenções sociais, ZOPP (Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos) sob condução de uma profissional especializada (uma das autoras). Essa oficina foi planejada para estimular a colaboração entre os diferentes profissionais e usuárias na análise da atenção à gestante, propiciar a crítica sob diferentes perspectivas de aspectos relacionados ao cuidado à saúde da gestante durante o pré-natal. Desse modo, foram criadas condições para a construção de um protocolo de organização do cuidado à gestante, levando em consideração os conhecimentos científicos, as experiências dos profissionais, as características da realidade local, a colaboração interprofissional, buscando superar a ação uniprofissional isolada e a abordagem disciplinar.

O resultado dessa oficina foi um protocolo de organização dos serviços, abrangendo principalmente o fluxo das gestantes e a dinâmica do processo de trabalho, e contempla quatro momentos: a entrada da mulher com suspeita de gravidez na rede, o acolhimento na unidade de saúde, o diagnóstico da gravidez e na sequência, o fluxo dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional.

O protocolo foi aprovado no conselho municipal de saúde, e testado nas duas unidades selecionadas durante 10 meses, sob a governabilidade da equipe multiprofissional para medir os seus efeitos na qualidade do cuidado oferecido às gestantes e na colaboração interprofissional.

Uma pesquisa de intervenção com foco na colaboração interprofissional é um modelo de estudo que envolve equipes multiprofissionais interagindo com o propósito de melhorar as práticas colaborativas nas rotinas de trabalho para impactar na qualidade

do cuidado oferecido (ZWARENSTEIN e col., 2009). Uma revisão de escopo nessa área é possível identificar três tipos de intervenções interprofissionais: educação interprofissional, práticas interprofissionais, e intervenções na organização interprofissional (GOLDMAN, 2009). Esse estudo refere-se a uma intervenção de práticas interprofissionais também chamado intervenção com foco na colaboração interprofissional baseada na prática. Uma intervenção de práticas interprofissionais envolve mudanças no processo de trabalho, incorporação de ferramentas que favoreçam as interações entre os profissionais, ou a implementação de uma nova rotina ou protocolo pactuado, com o objetivo de melhorar as práticas colaborativas e aprimorar a qualidade do cuidado em saúde oferecido (ZWARENSTEIN e col., 2009).

Modelo visual e procedimentos da pesquisa

A estratégia de pesquisa selecionada foi a triangulação concomitante, na qual as abordagens quantitativa e qualitativa, foram utilizadas em uma tentativa de corroborar os resultados dentro de um único estudo e como forma de compensar os pontos fracos inerentes a um método, com os pontos fortes de outro método (MORGAN, 1998). A coleta dos dados quantitativos e qualitativos foi simultânea, com prioridade igual para os dois métodos sendo realizada antes e depois da intervenção.

Os dados quantitativos em relação às gestantes foram comparados antes e após a intervenção, e também com o grupo controle pós-teste, e os dados qualitativos em relação aos profissionais foram colhidos após a intervenção e integrados durante a fase de interpretação, conforme Figura 1.

Coleta dos dados

Antes e após a intervenção as gestantes participaram de uma entrevista estruturada respondendo um formulário que incluía dados relacionados à faixa etária e escolaridade, idade gestacional, autoavaliação da saúde bucal, qualidade de vida decorrente da saúde bucal e a percepção sobre o trabalho dos profissionais (Figura 2). A qualidade de vida

decorrente da saúde bucal foi medida por meio da versão reduzida da escala *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) que possui 14 itens e elaborada para avaliar o impacto na qualidade de vida decorrente das condições de saúde bucal (OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005). O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

As gestantes com idade gestacional superior a 22 semanas foram consideradas como grupo controle porque não participaram da intervenção. Embora não seja um grupo controle selecionado aleatoriamente, este tipo de estratégia permitiu selecionar gestantes não submetidas à intervenção que faziam parte da mesma população de referência e comparar os efeitos da intervenção.

A questão aberta "Qual a sua opinião sobre o que protocolo de atenção às gestantes representou de maneira geral para você, enquanto profissional de saúde, para a equipe da sua unidade e também para as gestantes" foi indagada junto aos profissionais ao final da intervenção, com o objetivo de captar a percepção sobre os efeitos da implementação do protocolo de atenção à gestante, o significado da intervenção para o exercício da sua prática, para o cuidado às gestantes e também para as relações interprofissionais da equipe. O material foi gravado e transcrito literalmente para um editor de texto, identificando-se cada respondente pelas siglas P1 a P10 a fim de se resguardar o anonimato.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, registrado na Plataforma Brasil (CAAE: 15444013.3.0000.5421) e sua realização foi autorizada pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Analise dos dados

Os dados numéricos foram transcritos para uma planilha. A distribuição da faixa etária e da escolaridade entre os grupos teste e controle foram comparadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. As diferenças na idade gestacional entre os grupos foram avaliadas por meio do teste t de Sudent.

Em relação aos dados de autoavaliação da saúde bucal, qualidade de vida decorrente da saúde bucal e de percepção sobre o trabalho dos profissionais, as medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana e desvio-padrão) e os valores do primeiro quartil (Q25) e terceiro quartil (Q75) foram calculados. Após análise de aderência à curva normal (teste Shapiro-Wilk), as estimativas dos grupos intervenção e controle foram comparadas por meio dos testes t de Student e teste de Mann-Whitney. As diferenças entre as estimativas obtidas antes e depois da intervenção no grupo teste foram exploradas empregando-se o teste t Student pareado e teste de Wilcoxon. A hipótese de nulidade foi testada com auxílio do software Stata 12.0 considerando em todas as análises o valor de p a um nível de significância de 10%.

A segunda forma de análise dos dados foi relativa ao material proveniente da transcrição das respostas relativas à questão aberta. Foi feita uma análise temática do conteúdo. Os depoimentos foram interpretados por meio de leituras repetidas para identificação das unidades de significação mais relevantes e frequentes nas respostas dos entrevistados, procedimento chamado de *leitura flutuante* (BARDIN, 1977). Além disso, levaram-se em consideração os registros do diário de pesquisa, entendendo que esse pode ser considerado uma tecnologia em pesquisa qualitativa em saúde que colabora na compreensão do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões e interrelações (ARAÚJO, 2013), registram as conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda as impressões pessoais do pesquisador (MINAYO, 2010).

Essa estratégia de métodos mistos integrou os resultados das abordagens quantitativas e qualitativas durante a fase de interpretação, assinalando uma convergência dos resultados como forma de fortalecer os conhecimentos gerados pelo estudo (CRESWELL, 2007).

RESULTADOS

A população do estudo compreendeu quatro categorias de profissionais de saúde e 60 gestantes. Participaram oito profissionais de saúde, sendo dois médicos, dois dentistas, dois enfermeiros e dois técnicos em saúde bucal, dos quais todos eram mulheres, 3 (37,5%) tinham idade entre 36 e 45 anos e 5 (62,5%) tinham entre 26 e 35

anos. Para médicos e enfermeiros predominou a faixa etária mais jovem, e para os dentistas a faixa etária acima de 35 anos de idade.

As características da população das gestantes foram descritas na tabela 1. Participaram do grupo de intervenção 36 gestantes e do grupo controle 24 gestantes sem diferenças estatisticamente significativas em relação à composição etária e ao nível de escolaridade. Tanto no grupo de intervenção quanto no grupo controle, a maioria das gestantes era jovem (menos de 26 anos de idade) e tinha ensino médio incompleto ou completo.

A média da idade gestacional na primeira entrevista para o grupo intervenção foi 14,0 semanas (d.p=4,04) e na 2a entrevista 29,1 semanas (d.p=6,14) para o mesmo grupo. Para o grupo controle, a média da idade gestacional foi 22,7 (d.p=10,03) com diferenças estatisticamente significativas entre os valores (tabela 1).

As estimativas relacionadas aos dados de autoavaliação da saúde bucal, qualidade de vida decorrente da saúde bucal e de percepção sobre o trabalho dos profissionais antes e depois da intervenção no grupo teste e também para o grupo controle estão apresentadas na tabela 2. Não houve diferença significativa na percepção das gestantes em relação ao trabalho em equipe antes e após a intervenção, mas houve diferença significativa entre o grupo controle e intervenção (p=0,069), indicando que a percepção das gestantes do grupo intervenção foi maior em relação ao trabalho em equipe do que a percepção das gestantes do grupo controle.

Em relação à autoavaliação da saúde bucal, houve diferença estatisticamente significativa antes e após a intervenção (p=0,006) no grupo teste, mas na comparação da estimativa pós-teste com o grupo controle os valores não diferiram entre si. O mesmo foi notado em relação à média do OHIP-14. Observou-se diferença estatisticamente significativa antes e após a intervenção (p<0,000), mas não houve diferença entre os valores obtidos pós-teste e grupo controle, indicando uma nítida melhoria na autoavaliação da saúde bucal e na qualidade de vida decorrente da saúde bucal após a intervenção, todavia os valores alcançados por essa melhoria não diferiram dos valores obtidos para o grupo de comparação.

A análise temática permitiu identificar três categorias relacionadas aos efeitos da intervenção: uma associada às práticas profissionais outra associada às relações interprofissionais e uma terceira ligada ao cuidado oferecido às gestantes. Em relação à primeira categoria foram identificadas unidades de significado como empoderamento da equipe e dos usuários, sentimento de autoria, autonomia de pensar sobre o próprio

processo de trabalho da equipe. Isso ficou bastante evidenciado nas narrativas de alguns entrevistados.

- ..." o projeto foi transformador, ele permitiu que a equipe conversasse e pensasse sobre seu processo de trabalho e propusesse mudanças, foi uma prática nova, ninguém nunca tinha pensado no protocolo, e muito menos pensado em alternativas e propostas que fossem diferentes, então eu acho que isso empoderou a equipe e foi fundamental para mudar as relações de trabalho e mudar a forma como os profissionais se relacionam"... (P1)
- ..." permitiu que os profissionais de saúde que estão na ponta, elaborem, pensem, discutam e executem o protocolo que estão utilizando"... (P1)
- ..."permitir que o trabalhador pense e não só execute, dá à ele a oportunidade de fazer parte, de ser inserido naquilo que ele faz"... (P1)
- ..."quando eu vi o protocolo lá no mural da unidade, meus olhos brilharam, sabendo que eu fiz parte, feliz porque as futuras mamães terão o privilégio de terem uma equipe multidisciplinar à sua espera, eu acho que isso faz toda a diferença na gravidez"... (P2)

Por outro lado, em relação a essa mesma categoria, algumas tensões foram identificadas mencionando-se o caráter desafiador do trabalho, dificuldades individuais de se trabalhar em equipe, de compartilhar percepções distintas sobre o mesmo objeto, de produzir aceitação provisória e consenso denotando resistências em problematizar as próprias crenças.

..."existe uma dificuldade da equipe mudar o paradigma, mudar o olhar, porque um grupo que é construído por muitos profissionais ao mesmo tempo, são pessoas que pensam diferente, que tem formas de ver diferente, isso mexe com o ego"... (P3)

..."se a pessoa pensa diferente de mim e vice e versa, umas das ideias irá prevalecer e é difícil da gente ter esse tempo, essa disposição de discutir e tentar propor algo diferente, a rotina da unidade as vezes é tão massacrante, a gente não tem espaço pra essas construções, essas reflexões"... (P3)

Na categoria dos efeitos da intervenção nas relações interprofissionais da equipe, observaram-se unidades de significado que indicaram que os novos processos de trabalho implementados suscitaram maior envolvimento, compromisso, união, maior interação e aproximação, a equipe trabalhou de maneira mais integrada, houve maior dedicação na produção dos cuidados e nas construções coletivas e identificou-se maior horizontalidade nas relações interprofissionais do trabalho em equipe.

..."construir o protocolo envolveu todos da equipe, inclusive com a participação das usuárias, isso foi muito importante, a gente também considerar o lado delas, melhor ainda foi colocá-lo em prática, ver o projeto sair do papel e realmente acontecer foi fantástico, todos estão muito envolvidos em fazer o melhor possível, trazer o maior número de gestantes e as próprias gestantes ficaram muito felizes com os grupos, foi fantástico ter unido todas as especialidades..." (P4)

..."para as gestantes é uma forma de socializarem com outras mulheres da comunidade que também estão grávidas, compartilharem as angústias que são diferentes, mas que estão em um círculo comum e poder ter esse espaço de troca, um espaço de segurança, de que ela sabe que pode falar e não será repreendida, criticada"... (P5)

..." a gente conseguiu trabalhar em equipe, claro que pode melhorar, mas assim teve interação entre a equipe, não dá pra fazer o protocolo sozinho, então busca uma aproximação maior da equipe"... (P6)

Para essa mesma categoria, a maior dificuldade apontada pelos entrevistados foi a influência dos modelos hierárquicos de produção de cuidado focados nas especializações e hiperespecializações, que se por um lado trazem mais conhecimento sobre aspectos específicos, por outro, reforçam a fragmentação não apenas no plano dos saberes, ofuscando a adoção de uma perspectiva mais global para o olhar, mas também no plano das ações e das relações interprofissionais trazendo prejuízos para a prática colaborativa e para a busca de projetos terapêuticos compartilhados, recursos importantes para uma atenção integral centrada nas necessidade das famílias e do paciente.

..."esses desafios precisam ser superados, existem dificuldades que são humanas, de se relacionar uns com os outros e de abrir a mente pra mudar realmente um ponto de vista ou um paradigma, isso tem a ver com a forma que nós tivemos nosso processo educacional de tantos anos"... (P3)

Na categoria dos efeitos da intervenção no cuidado oferecido às gestantes, a percepção de alguns profissionais sugeriu incremento na qualificação do atendimento à gestante, uma preocupação de adequação às necessidades das gestantes gerando maior vínculo e empenho na produção de um cuidado mais integral às gestantes.

..."eu percebi mudanças importantes na qualidade do atendimento que é ofertado para a gestante, no sentido de acolher, antes do protocolo ser implementado, o atendimento era muito pontual, impessoal, e a forma que a gestante entendia sua saúde e o processo da gestação, não era trabalhado em nenhum momento"... (P1)

..."percebi que as demandas das gestantes foram atendidas, as rodas de conversa representaram uma forma de socializarem com outras mulheres da

comunidade que também estão grávidas, compartilharem as angústias que são diferentes, mas que estão em um círculo comum e poder ter um espaço reservado de troca, um espaço de segurança, em que ela sabe que pode falar e não será repreendida, criticada"... (P5)

..." houve maior empenho no atendimento à gestante, a gente viu a importância da interdisciplinaridade no pré-natal, a equipe ainda se demonstrou mais interessada e unida em relação as gestantes, pois houve um maior comprometimento resultando na melhoria do pré-natal ofertado pela unidade"... (P7)

Dos registros do diário de campo dois aspectos merecem destaque. Dentre eles, um refere-se a mudanças em nível organizacional que afetaram negativamente parte da equipe. Instabilidade do vínculo trabalhista gerou insegurança, provocando dificuldades na execução das atividades rotineiras de parte dos trabalhadores, registradas no diário de campo.

... "olha, eu estou muito desestimulada, porque estou com medo que eles me mandem embora, eu gosto muito do que eu faço, mas confesso que não estou rendendo porque não estou com cabeça, eu não posso perder meu emprego"...

O outro se refere a um relato da percepção do porteiro da unidade de saúde. A relevância se deu, por entender que originou de um olhar externo aos processos de trabalho da equipe de saúde, mas que conseguiu detectar mudanças na rotina da unidade:

..." olha, eu nunca tinha visto uma programação para os usuários que a sala (de reunião) tivesse ficado tão bonitinha... foi a primeira vez, e olha que estou aqui desde que fundou essa unidade"...

DISCUSSÃO

A colaboração interprofissional pode ser mobilizada para elevar a efetividade dos sistemas de saúde, e como estratégia inovadora pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde. Apesar dos benefícios que se atribui à colaboração interprofissional, ainda há pouca produção de conhecimento na abordagem entre colaboração interprofissional e saúde bucal na atenção ao pré-natal. Este é o primeiro estudo que avaliou o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e na colaboração interprofissional de um protocolo de atenção à gestante.

Dados qualitativos acerca da percepção sobre os efeitos da implementação do protocolo de atenção à gestante, o significado da intervenção para o exercício da sua prática, para o cuidado às gestantes e também para as relações interprofissionais da equipe foram recolhidos junto aos profissionais, e dados quantitativos relativos à faixa etária, escolaridade, idade gestacional, autoavaliação da saúde bucal, qualidade de vida decorrente da saúde bucal e à percepção sobre o trabalho dos profissionais foram coletados junto às gestantes, a fim de avaliar o impacto na colaboração interprofissional e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

As características da população do estudo mostraram que tanto no grupo de intervenção quanto no grupo controle, a maioria das gestantes era jovem (menos de 26 anos de idade) e tinha ensino médio incompleto ou completo. Esses dois achados podem indicar maior necessidade de articulação da equipe de saúde para os cuidados durante o pré-natal, pois tanto a idade materna, quanto o grau de escolaridade têm sido apontados como indicadores importantes do ponto de vista do risco obstétrico.

A baixa escolaridade foi associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. O nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a correlação existente: quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez (RAMOS & CUMAN, 2009).

Estudos têm sugerido associação entre resultados perinatais adversos e morbidade e mortalidade materna em adolescentes e gestantes com 35 anos ou mais. A gravidez na adolescência exige atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal, como baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro (SANTOS, 2012).

Entre os principais resultados, destacam-se que as gestantes do grupo intervenção perceberam que os profissionais trabalhavam mais em equipe do que as gestantes do grupo controle, e também houve uma nítida melhora após a intervenção na autoavaliação da saúde bucal e na qualidade de vida decorrente da saúde bucal medida pelo OHIP-14, embora os valores alcançados por essa melhoria não diferiram dos valores obtidos para o grupo controle.

Apesar da complexidade das percepções desse público alvo, o fato das gestantes do grupo intervenção perceberem que a equipe trabalhava mais em equipe pode indicar que a reorganização do processo de trabalho decorrente da intervenção, as práticas colaborativas e o compartilhamento de ações exigidos pelo protocolo podem ter sido importantes para essas percepções das gestantes que vivenciaram a intervenção.

Um trabalho em equipe não ocorre tão somente por uma somatória técnica dos trabalhos parcelares, mas requer "articulação das ações, a interação dos agentes e a superação do isolamento dos saberes – e suas disciplinas" (PEDUZZI, 1998). Segundo HEINNEMAN (2002) a colaboração é o elemento que mais influencia o trabalho em equipe. A colaboração interprofissional nas equipes de saúde representa a estruturação da ação coletiva por meio de transmissão de informações e da tomada de decisões compartilhadas (D'AMOUR, 1997).

MATUDA e cols. (2015) em um estudo sobre colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família afirmaram que é nítida a necessidade de aperfeiçoar a gestão do trabalho dotando os serviços de mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser entendida não apenas como um esforço individual e pessoal do trabalhador em saúde, mas também como um esforço coletivo e ampliado de diversos agentes (profissionais, gestores e usuários) e componentes do sistema (gestão do trabalho, sistema de informação, entre outros).

Tanto a melhora da autoavaliação da saúde bucal, quanto a melhora da qualidade de vida decorrente da saúde bucal medida pelo OHIP-14, podem ser explicadas em parte, pela reorientação do processo de trabalho que produziu adequada articulação entre as ações de saúde bucal e as demais ações de saúde. Além disso, o cuidado em saúde bucal no pré-natal durante a intervenção foi redesenhado a fim de se obter maior compartilhamento das ações entre o cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal, vislumbrando-se um maior alcance de medidas de caráter coletivo e preventivo, possibilidade de aumento de cobertura e maior efetividade na resposta às necessidades das gestantes.

Quando os profissionais de uma equipe de saúde conseguem trabalhar em colaboração, esperam-se resultados positivos tanto para os profissionais, as organizações e o sistema (SULLIVAN, 1998).

Além disso, a relevância de se compreender como os indivíduos percebem a condição de saúde bucal está vinculada ao fato de que os seus comportamentos são condicionados por essa percepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores

culturais e experiências passadas no sistema de saúde (STEELE, 1996). Os dados de autopercepção são importantes, pois tornam possível verificar quando existe a necessidade de mudança de comportamento (JEREMIAS, 2010), mas no caso das gestantes, é importante acrescentar que uma das maiores dificuldades de se implantar um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre gestação e odontologia (KONISHI & LIMA, 2002). Esse enfrentamento exigiu também da equipe multiprofissional habilidades para superar as crenças e medos que as gestantes têm acerca do tratamento odontológico.

Ao cotejar os achados relativos ao OHIP-14, uma pesquisa apresentou a comparação entre os níveis de assistência odontológica no pré-natal e o OHIP-14 e concluiu que pelo menos uma consulta odontológica na gestação esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, assim como a assistência nos níveis: preventivo e curativo (SANTOS NETO, 2012).

Na área da saúde, o uso de métodos mistos de pesquisa envolvendo abordagens quantitativas e qualitativas têm sido uma tendência crescente e esse desenho foi adotado nessa pesquisa com o objetivo de gerar resultados mais confiáveis e substanciados. Entre as limitações do estudo, destacam-se os desafios e enfrentamentos apontados por esse desenho de pesquisa, como a necessidade de ampla coleta de dados, a natureza de tempo intensiva em analisar dados de texto e dados numéricos, maior esforço e perícia para estudar adequadamente um fenômeno com dois métodos distintos (CRESWELL, 2007).

Por outro lado, o presente estudo é um dos primeiros trabalhos na área da saúde bucal investigando a colaboração interprofissional, com olhar nas relações e interações entre os profissionais da atenção ao pré-natal. E essa compreensão das problemáticas apontadas pela colaboração interprofissional na atenção ao pré-natal representa uma contribuição singular no debate atual e poderá subsidiar gestores de sistema de saúde no desafio de consolidar espaços que promovam o debate e o aprimoramento das relações interprofissionais, bem como no desafio de definir diretrizes teórico-metodológicas que contribuam para a futura elaboração de políticas públicas acerca da colaboração interprofissional e de estratégias de intervenção para o desenvolvimento profissional na área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados encontrados, pode-se concluir que a colaboração interprofissional com base em relações horizontais e tomada de decisões compartilhadas pode ser um elemento importante na organização do trabalho em equipe.

A construção do protocolo de atenção à gestante levando em consideração as experiências prévias dos profissionais, visão de usuárias e a superação das ações isoladas representaram fatores importantes na adequação dos serviços às necessidades das gestantes, no comprometimento da equipe, além de permitir que a equipe executasse, pensasse e discutisse sobre seu processo de trabalho.

Essa pesquisa de intervenção com foco na colaboração interprofissional baseada na prática foi transformadora, permitiu despertar uma atenção ao pré-natal mais integral e humanizada, o que repercutiu nas relações interprofissionais da equipe de saúde, na produção do cuidado oferecido e na qualidade de vida das gestantes durante o pré-natal nas duas unidades de saúde do estudo.

A utilização dos métodos mistos combinando abordagens quantitativas e qualitativas, apesar de exigir maior esforço na coleta de dados e na análise de dados numéricos e de texto, mereceu destaque por sua contribuição metodológica ao gerar resultados mais confiáveis e substanciados. Os métodos mistos podem ser uma boa opção metodológica para permitir maior compreensão do significado das relações encontradas nos serviços de saúde quase sempre situados em contextos complexos.

Considera-se que os achados desse estudo, apesar de trazer o recorte de uma realidade, contribuíram para o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado e melhoraram a qualidade de vida decorrente da saúde bucal através do protocolo de atenção à gestante implementado nas duas unidades de saúde estudadas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F. S. e col. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 15(3): 53-61, jul-set, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70; 1977.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 248 p., 2007.

D'AUNNO, T. Business as Usual? Changes in health care's workforce and organization of work. **Hosp Health Serv Adm.**; 41:3-18, 1996.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec [tesis doctoral]. Montreal: Université de Montréal; 1997.

D'AMOUR, D. e col. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theorical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, London, sup.1, p. 116-131, 2005.

FAQUIM, J. P. S.; FRAZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante pré-natal. **Revista Saúde em Debate,** [no prelo], 2015.

GABOURY, I. e col. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. **Social Science & Medicine**, London, n.69, p. 707-715, 2009.

GOLDMAN, J. e col. Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**. 29: 151-156, 2009.

GOLDMAN, J. e col. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. **Canadian Family Physician**, Mississauga, n.56, p. 368-374, 2010.

HEINNEMAN, G. D. Teams in health care settings. In: Heinneman G. D.; Zeis, A. M. editores. **Team performance in health care**. New York: Kluwer Academin/Plenum Publishers; p.3-18, 2002.

JEREMIAS, F. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. **Odontol. Clín. Cient.**, Recife, 9 (4) 359-363, out./dez., 2010.

KONISHI, F.; LIMA, P.A. Odontologia intrauterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev Bras Odontol**; 59(5):294-295, 2002.

MATUDA, C.; PINTO, N.R.S.; MARTINS, C.L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, 20(8):2511-2521, 2015.

MADIANOS, P. N.; BOBETSIS, Y. A.; OFFENBACHER, S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. **Journal of Clinical Periodontology**, v.40, Suppl14, n.pp. 80, 2013.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORGAN, D. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. **Qualitative Health Research**, 8(3), 362-376. 1998.

MORIN, E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

OANDASAN, I. e col. Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practise. Ottawa: Health Canada; 2004.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. **Community Dent Oral Epidemiol**; 33: 307–14, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

RAMOS, H. A. C. & CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, abr-jun; 13 (2): 297-304, 2009.

SANTOS, M. M. A. e col. Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev Bras de Epidemiol**, 15(1):143-54, 2012.

SANTOS NETO, E. T. e col. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):3057-3068, 2012.

SINCLAIR, L. B.; LINGARD, L. A. MOHABEER, R. N. What's So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. **Archives of Physical /medicine and Rehabilitation**, Reston, v. 90, p.1196-1201, 2009.

STEELE, J. G. e col. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. **Br Dent J**; 180:17-23, 1996.

STRASSER, D. C. e col. Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Reston, v. 89, p.10-15, 2008.

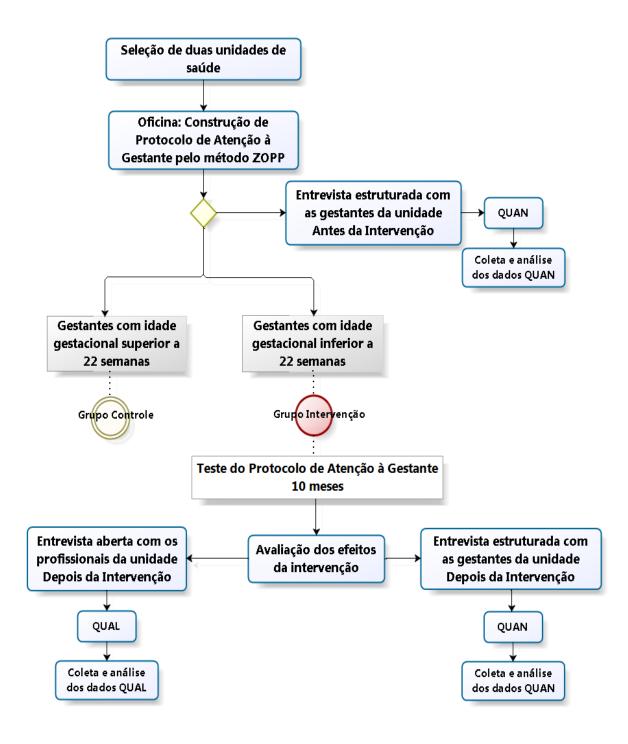
SULLIVAN, T. J. Collaboration. A health care imperative. New York: McGraw-Hill; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice**. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Acesso em 07/06/2012: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

ZWARENSTEIN, M.; REEVES, S.; PERRIER, L. Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. **J Interprof Care**; 19 Suppl 1:148-65, 2005.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3. Art. No.: CD000072. 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Figura 1: Desenho da pesquisa



Fonte: Elaboração própria

Figura 2 Perguntas do formulário de entrevista respondido pelas gestantes

Perguntas	Categorias de resposta
Sobre a equipe	
1. Você percebe se os profissionais dessa unidade de saúde trabalham em equipe?	(1) Com certeza sim (2) Provavelmente sim (3) Provavelmente não (4) Com certeza não (5) Não sei ou não lembro
Sobre a saúde bucal	
2. Como você descreveria a saúde dos seus dentes e de sua boca hoje?	(1) Excelente (2) Boa (3) Razoável (4) Ruim (5) Muito Ruim
Sobre a qualidade vida decorrente da condição de saúde bucal (OHIP14) As perguntas referem-se aos problemas que podem ter ocorrido nos últimos três meses:	(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre
3.1 Você teve problemas para falar alguma palavra po	r causa de problemas com sua gengiva e dentes?
3.2 Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior p	
3.3 Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes	s?
3.4 Você se sentiu incomodado ao comer algum alime	ento por causa de problemas com sua gengiva e
dentes?	
3.5 Você ficou preocupado por causa de problemas co	
3.6 Você sentiu-se estressado por causa de problemas	
3.7 Sua alimentação ficou prejudicada por causa de pr	
3.8 Você teve que parar suas refeições por causa de pr	
3.9 Você encontrou dificuldade para relaxar por causa	de problemas com sua gengiva e dentes?
3.10 Você sentiu-se envergonhado por causa de problem	
3.11 Você ficou irritado com outras pessoas por causa o	
3.12 Você teve dificuldade em realizar suas atividades	diárias por causa de problemas com sua gengiva e
dentes?	
3.13 Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por ca	
3.14 Você ficou totalmente incapaz de fazer suas ativid	ades diárias por causa de problemas com sua
gengiva e dentes?	

Fonte: Elaboração própria

Tabela 1 Distribuição das gestantes dos grupos intervenção e controle segundo faixa etária e escolaridade. Unidades do Programa de Saúde da Família Jardim Célia e Alvorada, Uberlândia, MG, janeiro a outubro de 2015.

	Características	Intervenção N (%)	Controle N (%)	р
Foive etémie	< 26	23 (63,9%)	17 (70,8%)	0.576*
Faixa etária	> 25	13 (36,1%)	7 (29,2%)	0,576*
	Fundamental incompleto	6 (16,7%)	2 (8,3%)	
F111-1	Fundamental completo	6 (16,7%)	6 (25,0%)	0.620*
Escolaridade	Médio incompleto	10 (27,8%)	5 (20,8)	0,638*
	Médio completo ou mais	14 (38,9%)	11 (45,8)	
		Média (d.p.)	Média (d.p.)	P
Idade gestacio	onal (1 ^a entrevista)	14,0 (4,04)	22,7 (10,03)	0,000**
Idade gestacio	onal (2 ^a entrevista)	29,1 (6,14)	••	0,006

Notas:

Fonte: Elaboração própria

^{*} Teste Qui-quadrado de Pearson

^{**} Teste t Student

Tabela 2 Estatística descritiva das variáveis do estudo segundo as gestantes dos grupos intervenção e controle. Unidades do Programa Saúde da Família Jardim Célia e Alvorada, Uberlândia, MG, janeiro a outubro de 2015.

(Categorias/Questões) Variáveis	N	Média	D.P.	Q25	Mediana	Q75	P
Intervenção							
1. Profissionais trabalham em equipe (antes)	35	1,49	1,15	1	1	1	$0,460^{d}$
1. Profissionais trabalham em equipe (depois)	35	1,31	0,67	1	1	1	
2. Autoavaliação da saúde bucal (antes)	35	2,77	0,94	2	3	3	0,006 ^c
2. Autoavaliação da saúde bucal (depois)	35	2,31	0,83	2	2	3	••
3. OHIP14 (antes)	36	21,58	10,37	14	18	26	<0,000°
3. OHIP14 (depois)	36	16,69	5,56	14	14	16.5	••
Controle	N	Média	D.P.	Q25	Mediana	Q75	p*
Profissionais trabalham em equipe	23	1,74	1,10	1	1	2	0,069 ^b
Autoavaliação da saúde bucal	24	2,41	0,50	2	2	3	0,661 ^a
OHIP14	24	17,20	4,82	14	15	18	0,215 ^b

Notas:

Fonte: Elaboração própria

D.P.: desvio-padrão; Q25: valor do 1º quartil; Q75: valor do 3º quartil

^{*}Comparação com os valores da segunda entrevista a teste t de Student; b teste de Mann-Whitney; c teste t Student pareado; d teste de Wilcoxon

PARTE III

PARTE III: CONCLUSÕES

CONCLUSÕES



"Tudo o que cuidamos dura muito mais, desde a camisa que usamos até as mãos que escrevem este texto".

"Só o cuidado, transformado em paradigma de compreensão e de atuação, e articulado com a solidariedade e a responsabilidade, poderão salvar a vida, a espécie humana e o planeta Terra. Sem ele não há paz nem alegria de viver".

5 CONCLUSÕES

Pesquisas de intervenção social empregando métodos mistos são de ampla envergadura que trazem implicitamente grandes obstáculos. Realizar essa pesquisa foi sim, um desafio, buscar a compreensão da realidade em que é produzido o cuidado em saúde, entender as relações interprofissionais e intervir nesses contextos para supostamente conseguir potencializar a produção do cuidado não foi fácil.

Compreender as relações sociais no ambiente de trabalho entre os profissionais, e entre esses e seus pacientes, demanda tempo e um olhar acurado para quem cuida e quem é cuidado. É difícil e complexo descrever algo que transcende a todo tempo e que está num profundo holomovimento de suas dimensões bio-psico-social-espiritual.

Quem cuida leva para seu ambiente de trabalho suas emoções, seus sentimentos, seus conhecimentos, seus princípios, suas formações e suas disposições em aprender e conviver. Quem é cuidado leva também para esse mesmo ambiente suas emoções, seus medos, suas dores, suas sabedorias, suas crenças, suas culturas, suas necessidades, seus estilos de vida, suas condições de vida e de saúde, e seus desejos de serem ouvidos e respeitados.

As pessoas são ambivalentes, amam-odeiam, conhecem e são estranhas, oferecem e tomam de volta, constroem e destroem, são racionais e irracionais, aplaudem e vaiam, têm relações significativas e insignificativas. Heráclito já nos propunha esta "luta dos contrários" como esse grande movimento expressivo do homem, que conduz a unidade de polaridade. O ser humano é mesmo um fascínio que vai se configurando em cada contradição, em cada ato, cena, o ser humano.

Para enfrentar os desafios da produção do cuidado em saúde nesse ambiente de encontro entre trabalhador e usuário, entre quem cuida e quem é cuidado, torna-se indispensável aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. Esses são os quatro pilares da educação contemporânea estabelecidos no Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, coordenado por Jaques Delors.

Há uma relação que liga esses quatro pilares, a produção de cuidados só pode ser viável, se tiver um olhar para a integralidade do ser humano. Isso significa que é necessário ir além do conhecer e fazer ações em saúde, é preciso transcender, é preciso

aprender a conviver, e isso significa desenvolver habilidades de comunicação e interação social, trabalhar em equipes, ter interdependência, desenvolver o entendimento, a tolerância, a solidariedade e o respeito aos outros. Além disso, é preciso aprender a ser, destacando o desenvolvimento de atitudes de responsabilidade pessoal, de autonomia e de valores éticos.

Uma nova concepção ampliada do processo saúde-doença deve fazer com que a equipe de saúde descubra e fortaleça o seu potencial criativo, isso supõe que se ultrapasse o saber-fazer, e se passe a considerá-la em toda sua plenitude: na sua totalidade de aprender a ser e conviver. Não basta mudar a maneira de fazer o trabalho, foi necessário mudar a forma de pensar sobre ele.

Um primeiro desafio que levei para o campo de pesquisa foi o enfrentamento das consequências da formação disciplinar, das hiperespecializações, dos confinamentos e compartimentalizações que fragmentam não apenas os saberes impedindo de ver o global, mas também dificultam as conexões e as relações interprofissionais comprometendo a atenção integral ao paciente.

Edgar Morin já falava que há uma inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre os saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas, e, por outro lado, realidades ou problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais, planetários.

Para superar essas dificuldades, um caminho pode ser a reorganização do processo substituindo a atuação isolada de profissionais de trabalho por equipes multiprofissionais, exigência que decorre das transições demográficas epidemiológicas e das transformações econômicas, sociais e sanitárias que ocorreram no século XX. É preciso buscar a superação do modelo biomédico, assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento à queixa de quem o procura, para um modelo de atenção integral à saúde, centrado nas necessidades do paciente.

Nesse caminho, foi possível ver que a colaboração interprofissional, com base em relações horizontais e tomada decisões compartilhadas, poderia ser um recurso mobilizado para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde.

O trabalho em equipe pode ser desafiador, pode ser difícil buscar o consenso, romper paradigmas, enfrentar os modelos tradicionais e disciplinares de formação, conviver com a rotatividade dos profissionais e instabilidades no vínculo empregatício, mas foi gratificante, enquanto pesquisadora e observadora ativa, ver duas equipes de

saúde mudando paulatinamente seus processos de trabalho, elaborando, pensando, discutindo suas ações, relacionando-se com seus pares, abrindo suas portas dentro da unidade de saúde, compartilhando consultas, estabelecendo vínculos dentro e fora do ambiente de trabalho. Tudo isso fez com que esses profissionais assumissem novas atitudes diante de suas práticas, trouxe comprometimento e naturalmente foi possível ver o reflexo nos cuidados oferecidos às gestantes.

Dessa mesma forma que, enquanto pesquisadora, fui transformando os desafios metodológicos das intervenções sociais em oportunidades para a aquisição de novos processos e estratégias cognitivas, desenvolvendo um olhar crítico e cuidadoso dos contextos e relações, e me formando naquilo que me propus a estudar.

Acredito que essa pesquisa e seus resultados apresentam implicações relevantes para a saúde pública, a principal, sem dúvida, é ser um dos primeiros trabalhos na área da saúde bucal investigando a colaboração interprofissional, com olhar nas relações e interações entre os profissionais da atenção ao pré-natal.

A compreensão das problemáticas apontadas pela colaboração interprofissional na área da saúde, em especial na atenção ao pré-natal, representou uma contribuição singular no debate atual e poderá subsidiar gestores de sistema de saúde e administradores de serviços públicos no desafio de consolidar espaços que promovam o debate e o aprimoramento das relações interprofissionais, bem como no desafio de definir diretrizes teórico-metodológicas que contribuam para a futura elaboração de políticas públicas acerca da colaboração interprofissional e de estratégias de intervenção para o desenvolvimento profissional na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface**, Botucatu, v., n. 9, p. 50-53, 2001. Disponível em: http://www.interface.org.br/revista9/debates4.pdf. Acesso em: 12 ago. 2005.

BALDWIN, D. M. C. Some historical notes on interdisciplinary teams and interprofessional education and practise in health care in USA. **Journal of interprofessional care**, London, v. 21, sup.1, p.23-37, 2007.

BAYEH, S. J. O Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde no Brasil: fundamentos históricos e sociológicos, benefícios, dificuldades e perspectivas. Documentário elaborado pelo Ministério da Saúde, disponível em CD, 2002.

BOLAY, F. W. Guia para aplicação: planejamento de projeto orientado por objetivos Método Zopp. Tradução de Markus Brose. Recife: Ed. Matilde J. Freitas, 1993.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 27-53, mar./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novos Caminhos: Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota Técnica 5/2015. Brasília. Ministério da Saúde. 63p. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRYMAN, A. Integrating quantitative and qualitative research; how is it done? **Qualitative Research**. Vol. 6(1) 97-113, 2006.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. John W. Creswell. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 248 p., 2007.

D'AMOUR, D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec [tesis doctoral]. Montreal: Université de Montréal; 1997.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theorical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, London, sup.1, p. 116-131, 2005.

D'AUNNO, T. Business as Usual? Changes in health care's workforce and organization of work. **Hosp Health Serv Adm**, 41:3-18, 1996.

FEELEY, N.; GOTTLIEB, L. N.; DALTON, C. The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier Mosby, 2005.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de Estatística**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996, 320p. 13ª reimpressão 2010.

GABOURY, I. et al. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. **Social Science & Medicine**, London, n.69, p. 707-715, 2009.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L (org) et al **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro Editora Fio cruz, 2008.

GOLDMAN, J. et al. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. **Canadian Family Physician**, Mississauga, n.56, p. 368-374, 2010.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Pan-americana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 100, 1994.

HEINNEMAN, G. D. Teams in health care settings. In: Heinneman G. D.; Zeis, A. M. editores. **Team performance in health care**. New York: Kluwer Academin/Plenum Publishers, p. 3-18, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317020&idtema=1&search = minas-gerais|uberlandia|censo-demografico-2010:-sinopse. Acesso em 28/11/2015.

IGEA, D.; AGUSTIN, J. BELTRÁN, A.; & MARTÍN, A. **Técnicas de investigación** en ciencias sociales. Madrid: Dykinson, 1995.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico (SPI/MP). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, 208 p, 2014.

MADIANOS, P. N.; BOBETSIS, Y. A.; OFFENBACHER, S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. **Journal of Clinical Periodontology**, vol. 40 Suppl 14, no. pp. 80, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O** desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

OANDASAN, I. et al. **Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practise**. Ottawa: Health Canada; 2004.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol.**, 33(4):307-14, 2005..

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**; tradução Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 101-103p, 118-125p, 2009.

PUENTES, R. V. *et al.* Propuesta de dimensiones e indicadores para evaluar el desempeño de los docentes de los Institutos Superiores Pedagógicos en Cuba. **Educação e Filosofia**, v. 20, p. 187-218, 2006.

PUENTES, R. V.; AQUINO, O. F. **Trabalho didático na Universidade: estratégias de formação**. 1ª ed. Campinas, S.P. Editora Alínea, v.1, capítulo 4, 101-129p., 2011.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva; 2003.

SCHMITT, M. H. Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. **J Interprof Care**, 15:47-66, 2001.

SINCLAIR, L. B.; LINGARD, L. A. MOHABEER, R. N. What's So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. **Archives of Physical /medicine and Rehabilitation**, Reston, v. 90, p.1196-1201, 2009.

STRASSER, D. C. et al. Team training and stroke rehabilitation outcomes: a cluster randomized trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Reston, v. 89, p.10-15, 2008.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, v.60, p.201-218, 2002.

SULLIVAN, T. J. Collaboration. A health care imperative. New York: McGraw-Hill; 1998.

UBERLÂNDIA. **Plano Municipal de Saúde de Uberlândia MG**. Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde, 2013. Disponível em http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11394.pdf. Acesso em 26 de outubro de 2015.

WAY, D.; JONES, L.; BASKERVILLE, B. BUSING, N. Primary health care provided by nurse practioners and family psysicians in shared practice. **Canadian Medical Association Journal**, Mississauga, v. 165, n.9, p.1210-1214, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practise. Genebra:

WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Acesso em 07/06/2012: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

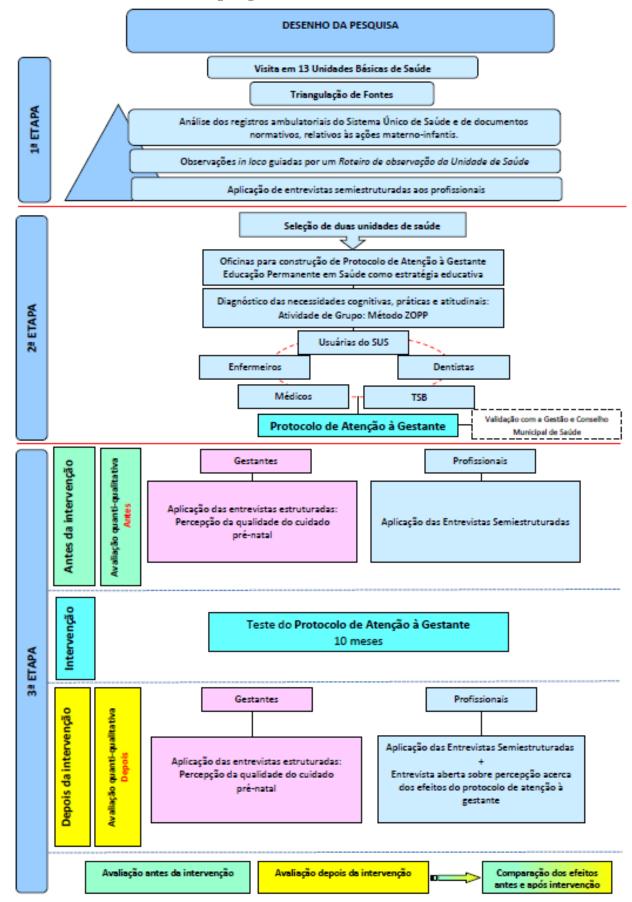
YAN, J.; GILBERT, J. HOFFMAN, S. "WHO Announcement – Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practise", **Journal of Interprofessional Care**, London, v.21, n. 6, p.588-589, 2007.

ZWARENSTEIN, M.; REEVES, S.; PERRIER, L. Effectiveness of pre-licensure interdisciplinary education and post-licensure collaborative interventions. **J Interprof Care**, 19 Suppl 1:148-65, 2005

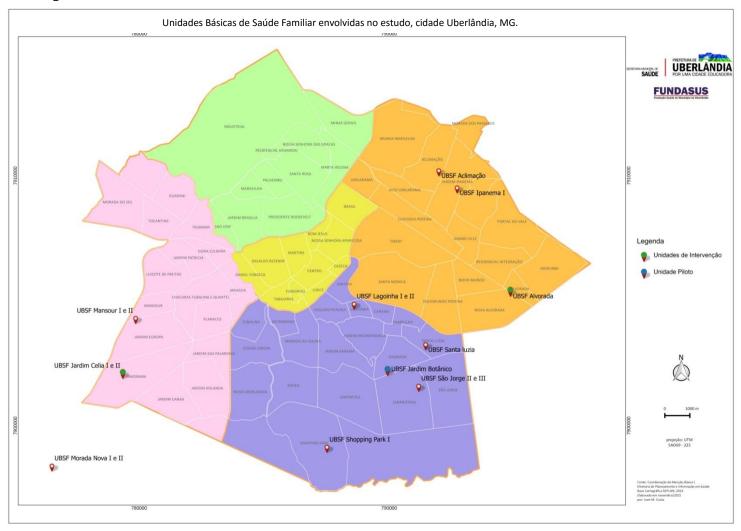
ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Desenho da pesquisa



APÊNDICE 2: Mapa das Unidades Envolvidas no Estudo



APÊNDICE 3: Roteiro de Observação da Unidade de Saúde

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Código do Instrumento:

Unidade de Saúde:	 	 	
Data:/_			

Dimensão I: Estrutura Física

Indicador	es de Estrutura Física:	Quantidade:
1	Recepção	Q1
2	Arquivo de prontuários	Q2
3	Sala de reuniões e educação em saúde	Q3
4	Consultório com sanitário	Q4
5	Consultório	Q5
6	Consultório odontológico	Q6
7	Sala de vacina	Q7
8	Equipo odontológico	Q8
9	Escovário**	Q9
10	Área de compressor	Q10
11	Sanitário para usuário	Q11
12	Sanitário para deficiente****	Q12
13	Banheiro para funcionários	Q13
14	Sala de recep. lavagem e descontaminação***	Q14
15	Sala de esterilização***	Q15
16	Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	Q16
17	Abrigo de resíduos sólidos	Q17
18	Depósito de lixo	Q18

Dimensão II: Recursos Humanos

Indicadores: Recursos Humanos

19	Número de funcionários		Q19
20	Número de profissionais da á	irea da saúde	Q20
21	Equipe de Enfermagem	Enfermeiro	Q21
22		Técnico em Enfermagem	Q22
23	Equipe de Saúde Bucal	Dentista	Q23
24		Técnico em Saúde Bucal	Q24
25		Auxiliar de Saúde Bucal	Q25
26	Ginecologia		Q26
27	Obstetrícia		Q27
28	Outras Áreas		Q28
29			Q29
30			Q30
31			Q31
32			Q32
33			Q33

APÊNDICE 4: Entrevista Semiestruturada aos Profissionais de Saúde

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Códi		-	~~	-		distant
COO	90	90	UU 0	100	on	ano.

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a cooperação da Prefeitura Municipal de Uberlândia, está realizando uma pesquisa denominada "Saúde Bucal na Atenção Matemo-Infantii: Um Olhar sobre Cooperação Interprofissional e a Qualidade do Cuidado", no intuito de caracterizar as Unidades de Atenção Matemo-Infantil, os profissionais que atuam e descrever o nível de interação dos profissionais de saúde bucal durante o prê-natal. O questionário permitirá construir uma Base de Dados contendo as informações mais importantes do perfil das unidades e dos profissionais e, ao mesmo tempo, ajudará a traçar o perfil do nível de interação

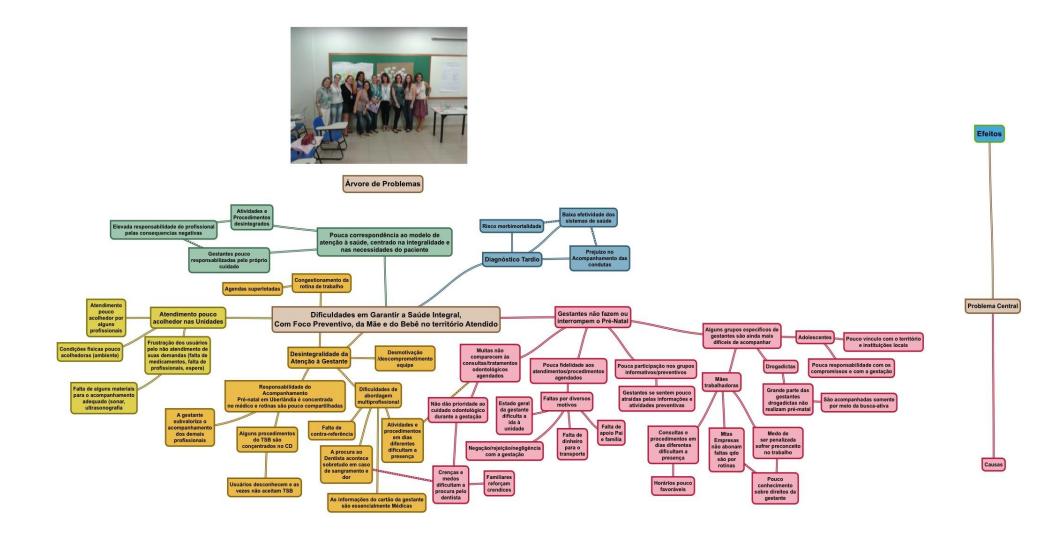
Muito obrigadal DIMENSÃO I - DADOS GERAIS 1) Gênero: (1) Feminino (2) Mascuino Q1 2) I dade: (1) até 25 anos (2) 26 a 35 anos B) Ano de conclusão: Q3B B) Ano de conclusão: Q4B B) Qual área ? DIMENSÃO II - DADOS PROFISSIONAIS 6) Qual a função que você desempenha nes sa Unidade de Saúde? (1) Agente Comunitário de Saúde (2)Assistente Social (3) Auxiliar de Saúde Bu cal (4) Cirurgião Dentista (5) Enformairo 6) Médico (7) Téc Enformagem A) Qual? 8) Tempo de trabalho nessa Unidade de Saúde (mm/aa): desde ____ ______Q8 9) Carga Horária se ma nal nessa Unida de de Saúde: 10) Vinculo empregatício: (3) CLT (4) Outro. Q10 (1) Estatutário A) Qual? A) Carga Horária (semanal)O111A B) Função que realiza: Q111B DIMENSÃO III - A UNIDADE DE SAÚDE 12) Indique quais as modal idades de assistência/programas de saúde que são contemplados nessa Unidade de Saúde: (1) Assistência Social (2) Clínica Geral (3) Enfermagem (4) Ginecologia (5) Nutrição (6) Odontologia (7) Obstetricia (8) Pediatria (9) Saúde Mental (10) Saúde da Família (11) Outros Q 12 A) Especifique: Q12A

13) (1) Sim (2) Não Consulta pré-natal			Q13
14) (1) Sim (2) Não Acompanhamento do pré-natal			214
15) (1) Sim (2) Não Grupo de gestante			215
16) (1) Sim (2) Não Aconselhamento sobre o aleitamento matemo,			316
17) (1) Sim (2) Não Consulta odontológica para a gestante			217
18) (1) Sim (2) Não Não oferece a consulta odontológica para a gestarte, mas encaminha			318
19) (1) Sim (2) Não Urgência Odontológica.			219
20) (1) Sim (2) Não Tratamento odontdógico.			220
21) Existe consultório odontológico nessa Unidade de Saúde? (1) Sim (2) Não			021
 A) A estrutura física da Unidade Saúde permitiria a instalação/adaptação de outro consultório odontológico? (1) Sin 	n (2) Não		Q21A
Marque apenas uma resposta, justificando as que forem solicitadas: (1) Sim (2) Não (3) Às vezes		
22) Atualmente, suas atribuições na unidade de saúde tem propiciado retornos de crescimento pess	oal e profissi	onal?(222
23) Suas relações com outros profissionais tem oferecido maior coesão interpessoal no cotidiano da	unidade de :	saúde?(023
24) A equipe da coordenação/gerên da tem criado oportunidades para um melhor funcionamento pa	ra seu trabal	ho?(224
A) Justifique sua resposta			Q24A
25) Você acredita estar no seu melhor momento de realização profissional?			025
A) Justifique sua resposta			Q25A
26) Você percebe alguma barreira no processo de comunicação entre os membros da equipe multip	rofissional?		026
Quals			Q26A
27) Tem recebido preparação para enfrentar as tarefas que realiza na unidade de saúde?			27
28) Estabelece vinculos com os colegas profissionais, fora do espaço da Unidade de Saúde?			028
29) Tem encontrado soluções para os desafios propostos no espaço da Unidade de Saúde?			
30) Sente-se apolado em seu ambiente profissional?			
Suj Santa-su apolato un sud antiente ponsacian			230
DIMENSÃO IV - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRODUÇ	ÃODOC	UIDADO	
31) Existem reuniões de planejamento para o atendimento da população assistida?			
	(1) Sim	(2) Não (231
	(1) Sim	(2) Não (231
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento?		(-)	
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento?	(1)Sim rano (6)1vez	(-)	Q31 Q32
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po		porano · · · · · · ·	
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por (5) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por (5) Não tem (5) Semanal (5) Quinzenal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Não tem (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Não tem (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Me	rano (6) 1 vez p	porano (032
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vezp	porano (Q32 Q33 Q34
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por (5) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por (5) Não tem (5) Semanal (5) Quinzenal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Não tem (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Não tem (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Mensal (6) 2 vezes por (6) Mensal (6) Me	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vezp	porano (Q32 Q33
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes po	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez	porano (Q32 Q33 Q34
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifiquez	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim	porano (porano (Q32 Q33 Q34 Q34A Q35
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal?	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim	porano (porano ((2) Não((2) Não(Q32 Q33 Q34 Q34A Q35
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro.	porano (porano (2) Não (2) Não (4)	Q32 Q33 Q34 Q34A Q35 Q36
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente A) Especifique:	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro	porano (porano (2) Não (2) Não ((2) Não ((3) Não ((4) Não ((5) Não ((6) ((6) ((6) ((7	Q32 Q33 Q34 Q34A Q35 Q36 Q37
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro	porano (porano (2) Não (2) Não ((2) Não ((3) Não ((4) Não ((5) Não ((6) ((6) ((6) ((7	Q32 Q33 Q34 Q34A Q35 Q36 Q37
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzeral (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente A) Especifique:	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro	porano (porano (2) Não (2) Não ((2) Não ((3) Não ((4) Não ((5) Não ((6) ((6) ((6) ((7	Q32 Q33 Q34 Q34A Q35 Q36 Q37
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente A) Especifique:	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro.	porano (porano (2) Não (2) Não ((2) Não ((3) Não ((4) Não ((4) ((4) ((4) ((4) (((4) (((((((((((((((((((Q32 Q33 Q34 Q34A Q35 Q36 Q37
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente A) Especifique: 38) Recebe orientação/supervisão para realizar o seu trabalho na Unidade de Saúde? (1) Sim (continue no item 21) (2) Não (passe para o próximo item) A) A orientação é: (1) De dentro da unidade de saúde (2)De fora da unidade de saúde (3)	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro:	porano (porano (2) Não (2) Não ((2) Não ((3) Não ((4) Não ((4) ((4) ((4) ((4) (((4) (((((((((((((((((((Q32 Q33 Q34_A Q35 Q36 Q37_A Q38
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) O utras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifiquer 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensa imente (3) Trimestralmente A) Especifique: 38) Recebe orientação/supervisão para realizar o seu trabalho na Unidade de Saúde? (1) Sim (continue no item 21) (2) Não (passe para o próximo item) A) A orientação é: (1) De dentro da unidade de saúde (2) De fora da unidade de saúde? (3) 39) O prontuário de atendimento à gestante é compartilhado entre os profissionais da Unidade de Saúde?	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro.	(2) Não	Q32 Q33 Q34_A Q35 Q36 Q37 Q37A Q38 Q38A
Se sim, qual o caráter e a frequência dessas reuniões de planejamento? 32) Por área (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 33) Envolvendo duas ou mais áreas (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por 34) Outras (1) Não tem (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) 2 vezes por A) Especifique: 35) Há participação de algum profissional da Saúde Bucal nessas reuniões? 36) As gestantes estão passando pela consulta odontológica no pré-natal? 37) Existe o grupo de gestantes? (1) Não existe (2) Mensalmente (3) Trimestralmente A) Especifique: 38) Recebe orientação/supervisão para realizar o seu trabalho na Unidade de Saúde? (1) Sim (continue no item 21) (2) Não (passe para o próximo item) A) A orientação é: (1) De dentro da unidade de saúde (2)De fora da unidade de saúde (3)	rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez rano (6) 1 vez (1) Sim (1) Sim (4) Outro.	porano (porano ((2) Não((2) Não((2) Não((2) Não((3) Não((4) Não((4) Não((5) Não((6) Não	Q32 Q33 Q34_A Q35 Q36 Q37 Q37A Q38 Q38A

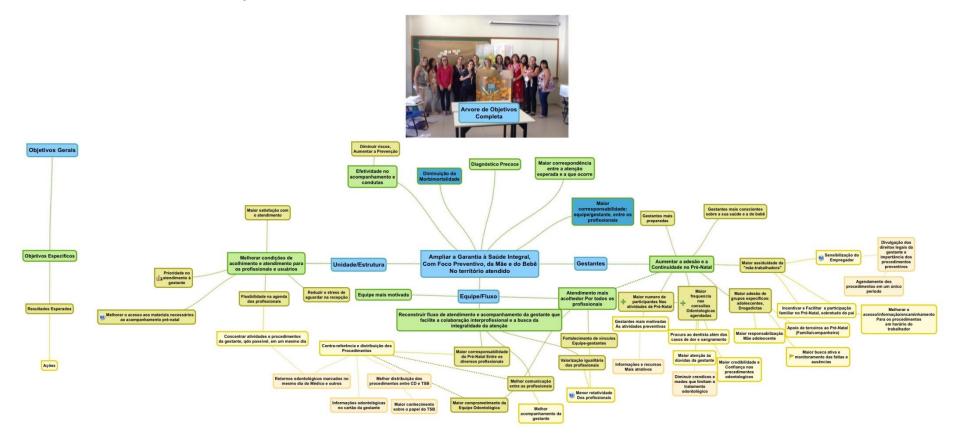
(Para as perguntas de 42 a 46) Numa escala de 1 a 5, na qual 1 (menos) e 5 (mais), indique a opção que melhor retrata as relações de trabalho entre os profissionais nessa Unidade de Saúde (1), (2), (3), (4), (5) 42) Grau de hierarquia das relações de trabalho
43) Grau de colaboração
44) Grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades e das responsabilidades?
45) Grau de importância das atividades de colaboração (por exemplo, sessões conjuntas, consultas compartihadas, visitas comuns, etc.) 46) Grau de coordenação das atividades sobre um mesmo paciente? Q46 (Para as perguntas de 47 a 53) Numa escala de 1 a 5, na qual 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), indique a opção que melhor retrata o papel da equipe (1), (2), (3), (4), (5) 47) Na formulação do projeto terapêutico, os profissionais da equipe levam em conta o conjunto de necessidades (Q47 dos pacientes, ou seja, as necessidades físicas, psicológicas, sociais, etc. 48) Os profissionais da equipe colaboram em conta os dados coletados por outros grupos de profissionais (Q48 de 9) Os profissionais da equipe colaboram entre si para disborar um plano de intervenção comum (Q49 de 9) Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos (conselho, opinião) (conselho, opinião) (Q50 de profissionais da equipe trocam informações relativas a um mesmo paciente (Q51 de 9) Os profissionais da equipe cooperam uns com os outros para assegurar o acomparthamento do paciente (QCS) (ACS, Assistente Social,
45) Grau de importância das atividades de colaboração (por exemplo, sessões conjuntas, consultas compartihadas, visitas comuns, etc.)
46) Grau de coordenação das atividades sobre um mesmo paciente? Q46 [Para as perguntas de 47 a 53) Numa escala de 1 a 5, na qual 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), indique a opção que melhor retrata o papel da equipe (1), (2), (3), (4), (5) 47) Na formulação do projeto terapêutico, os profissionais da equipe levem em conta o conjunto de necessidades
(Para as perguntas de 47 a 53) Numa escala de 1 a 5, na qual 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), indique a opção que melhor retrata o papel da equipe (1), (2), (3), (4), (5) 47) Na formulação do projeto terapêutico, os profissionais da equipe levam em conta o conjunto de necessidades
indique a opçã o que melhor retrata o papel da equipe (1), (2), (3), (4), (5) 47) Na formulação do projeto terapêutico, os profissionais da equipe levam em conta o conjunto de necessidades
dos pacientes, ou seja, as necessidades físicas, psicológicas, sociais, etc. 48) Os profissionais da equipe levam em conta os dados coletados por outros grupos de profissionais. Q48 49) Os profissionais da equipe colaboram entre si para diaborar um plano de intervenção comum. Q49 50) Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos (conselho, opinião). Q50 51) Os profissionais da equipe trocam informações relativas a um mesmo paciente. Q51 52) Os profissionais da equipe cooperam uns com os outros para assegurar o acompanhamento do paciente. Q52 S3) Em média, a cada 10 pacientes, quantas vezes você solicita/recome a outros profissionais de outras áreas (ACS, Assistente Social,
48) Os profissionais da equipe levam em conta os dados coletados por outros grupos de profissionais
49) Os profissionais da equipe colaboram entre si para diaborar um plano de intervenção comum 50) Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos (conselho, opinião) 51) Os profissionais da equipe trocam informações relativas a um mesmo paciente 52) Os profissionais da equipe cooperam uns com os outros para assegurar o acompanhamento do paciente Q52 53) Em média, a cada 10 pacientes, quantas vezes vodê solicita/recome a outros profissionais de outras áreas (ACS, Assistente Social,
50) Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos (conselho, opinião)
(conselho, opinião)
51) Os profissionais da equipe trocam informações relativas a um mesmo paciente
52) Os profesionais da equipe cooperam uns com os outros para assegurar o acompanhamento do paciente
52) Os profesionais da equipe cooperam uns com os outros para assegurar o acompanhamento do paciente
53) Em média, a cada 10 padentes, quantas vezes vodé solicita/recorre a outros profissionais de outras áreas (ACS, Assistente Social,
54) Pelo trabalho que realiza sente-se: (1) pouco motivado/a (2) motivado/a (3) muito motivado/a (4) indiferente (5) desmotivado · · · · Q54
A) Tem algum motivo?Q54A
SIGNIFICADOS, DISPOSIÇÃO E INTERESSE PELA PESQUISA
55) O que significa cooperação interprofissional para você?Q55
A) A que aspectos você acha que a cooperação interprofissional está ligada, e quais aspectos podem facilitar ou dificultar o grau de
cooperação interprofesional?
56) Você tem interesse em participar de uma pesquisa para elaborar e testar um protocolo de assistência à gestante nessa Unidade de Saúde?
(1) Com certeza, sim (2) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (4) Com certeza, não (5) Não sei
Observações:

Agradecemos a sua atenção e colaboração!

APÊNDICE 5: Árvore de Problemas



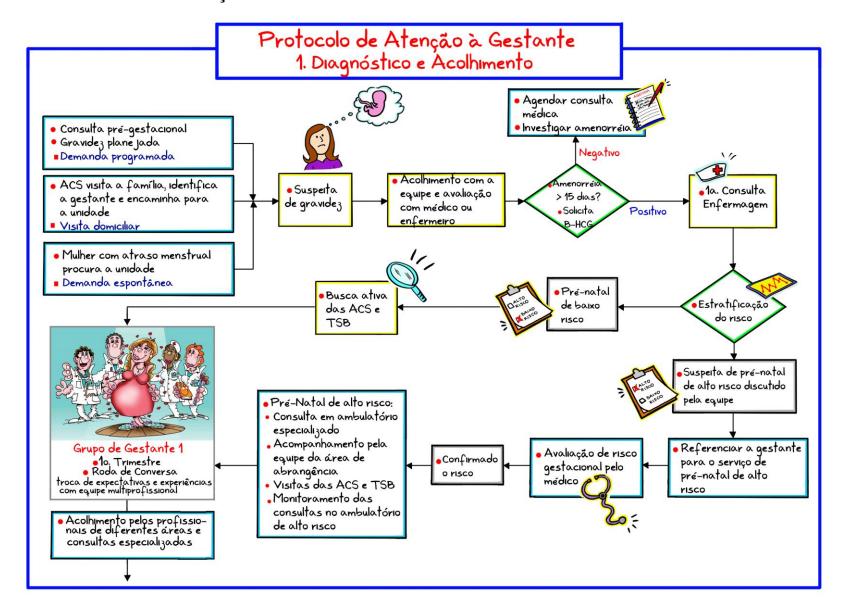
APÊNDICE 6: Árvore de Objetivos

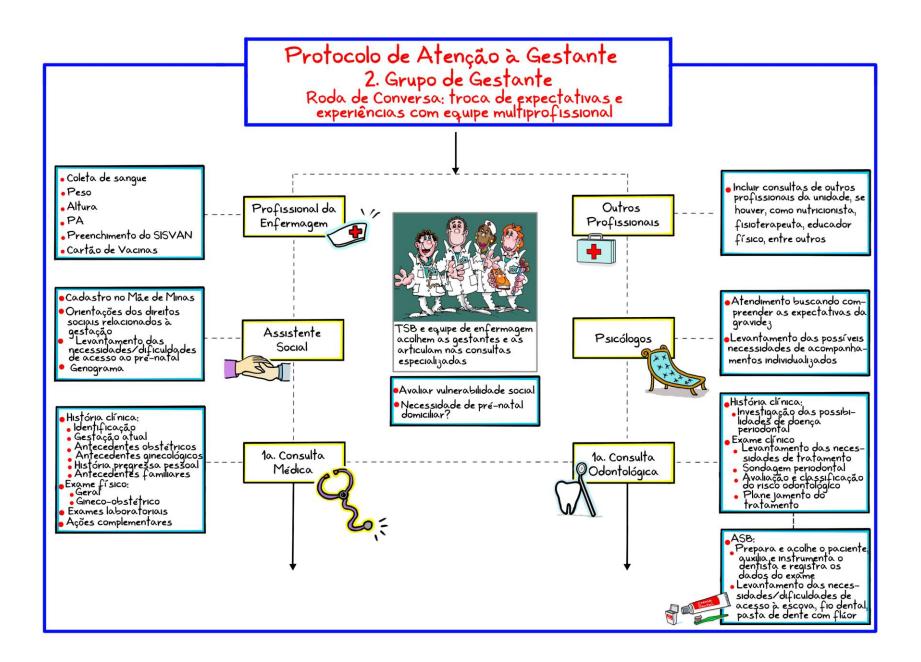


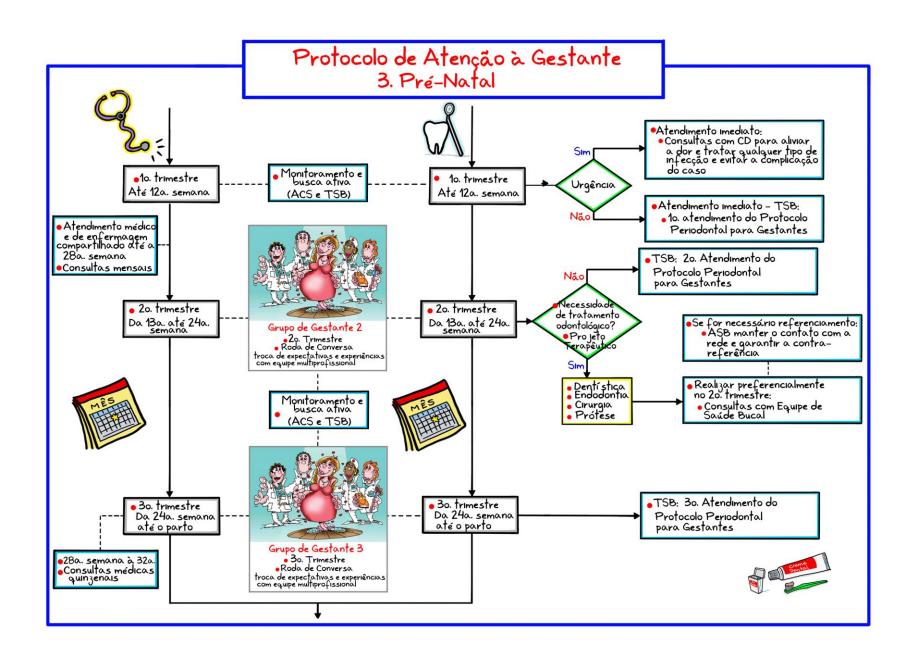
APÊNDICE 7: Marco Lógico

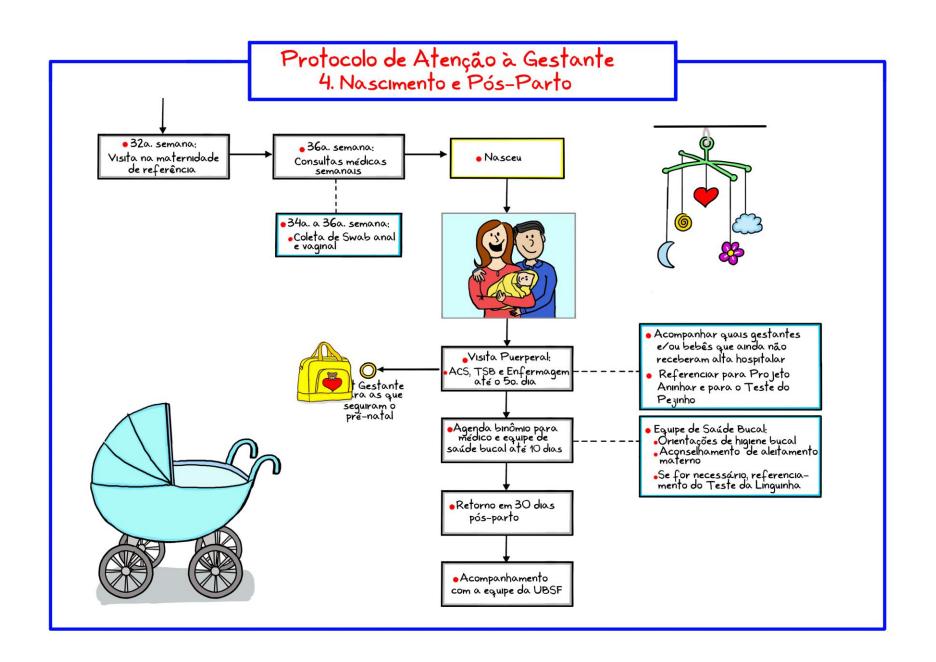
OBJETIVOS	Principal Ação	Meta (por exemplo)	Indicadores	Condicionantes
	Busca ativa a gestantes faltantes e público específico.	Aumentar em 50% o número de gestantes que completam o pré- natal como previsto no novo protocolo	 Número de visitas de gestantes faltantes e grupos específicos (trabalhadoras adolescentes ou em drogadicção). 	 ✓ Adesão ACS ✓ Tempo dos demais profissionais para
AUMENTAR A ADESÃO das Pacientes, A CONTINUIDADE E A QUALIDADE DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL.	Aumentar a adesão aos procedimentos preventivos em saúde bucal durante a gestação.	Aumentar em 50% a frequência nas consultas em atividades saúde bucal	 ✓ Informações cartão-gestante acompanhadas. ✓ Agenda dos profissionais. ✓ Numero de consultas e numero de gestantes atendidas pela equipe de saúde bucal. ✓ Protocolo periodontal para gestante completado. ✓ Tratamento completado na gestante. 	acompanhar visitas ✓ Organização da agenda da equipe e trabalho da equipe saúde bucal
CONSTRUIR FLUXO DE	Construção e implantação de protocolo.	Ter um protocolo que oriente um acompanhamento mais integral e um atendimento mais adequado às necessidades das gestantes	✓ Um protocolo único como modelo de atendimento foi construído e implantado em duas unidades	 ✓ Validação do protocolo pelas equipes e unidade ✓ Trabalho participativo e colaborativo
ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE QUE FACILITE A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E	Experimentar novo fluxo de atendimento previsto no protocolo durante seis meses.	Seis meses de experiência Calendário de execução/experiência previsto e realizado	Número de gestantes beneficiadas Pré-natal completado Entrevistas com gestantes antes e após o fluxo	 ✓ Adesão das duas equipes e da unidade às novas rotinas de atendimento ✓ Estabilidade da equipe
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO	Aumentar a colaboração interprofissional através da implantação do mesmo.	Equipe se avalia como colaborativa e avalia a implantação do novo fluxo como facilitador de suas relações no trabalho e da corresponsabilidade	✓ Acompanhamento em grupo dos profissionais durante a intervenção ✓ Entrevistas com os profissionais antes e após o fluxo	 Espaço nas reuniões de equipe ou agenda extra de acompanhamento
MELHORAR CONDIÇÕES DE ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO PARA USUÁRIOS E FUNCIONÁRIOS	Novos recursos de atendimento, em especial para subsidiar o trabalho do TSB, a ambientação e o conforto da unidade.	Recursos materiais para ampliar ações em saúde bucal (previsto pesquisa mãe coruja) instalados e com uso adequado	 ✓ Uso do material e controle de uso, indicando frequência, profissional e beneficiário. 	 ✓ Mobilização de recursos para a instalação dos materiais recebidos ✓ Prazo de chegada e instalação dos recursos dentro do esperado

APÊNDICE 8: Protocolo de Atenção à Gestante









APÊNDICE 9: Entrevista Estruturada às Gestantes

	dade	Cont		
ш	CIGH CHAN	USERSIT	actor	12

	ENTREVISTA	ESTRUTURADA	ÀS GESTANTES
--	-------------------	--------------------	--------------

Código do Questionário:

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a cooperação da Prefeitura Municipal de Uberlândia, está realizando uma pesquisa titulada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantii: Um Other sobre Cooperação Interprofissional e a Qualidade do Cuidado"no intuito de conhecer as Unidades de Atenção Materno-Infantii que você está sendo atendida, bem como os profissionais que nelas atuam.

DIMENSÃO I - DADOS SOCIAIS DEMOGRÁFICOS	
1) Idade:	
(1) até 25 anos (2) 26 a 35 anos (3) 36 a 45 anos (4) 46 a 55 anos (5) 56 anos e mais	Q1
2) Escolaridade:	
(1) Analfabelo (2) Ensino Fundamental Incompleto (3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto (5) Ensino Médio Completo	02
(6) Ensino Superior Incompleto (7) Ensino Superior Completo (A) Curso:	Q2A
3) Tempo que reside no bairro:	
(1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 2 anos (3) De 2 a 3 anos (4) De 3 a 4 anos (5) 5 a nos ou mais	93
4) Trabalha atualmente? (1) Não (2) Sim	
5) Renda Familiar:	
(1) Menos de 1 salário mínimo (2) De 1 a 2 salários mínimos (3) De 2 a 3 salários mínimos	
(4) De 3 a 4 salários mínimos (5) De 4 a 5 salários mínimos (6) Mais de 5 salários mínimos,	Q5
DIMENSÃO II - A UNIDADE DE SAÚDE	
6) Indique quais as modalidades de assistência/programas de saúde em que você já foi ou está sendo atendida nessa Unidade de Saúde:	
(1) Assistência Social (2) Clínica Geral (3) Enferma gem (4) Ginecología (5) Nutrição (6) Odon tología	
(7) Ob steleticia (8) Pediatria (9) Saúde Mental (10) Saúde da Família (11) Outros.	06
A) Especifique:	Q6A
7) Quais desses serviços você já utilizou, ou está utilizando nessa Unidade de Saúde?	
(1) Consulta pré-natal (2) Grupo de gestante (3) Aconselhamento sobre o aleitamento materno (4) Consulta odontológica para a gestante	
(5) En caminhamento de consulta odontológica para a outra unidade (6) Urgência Odontológica.	Q7
Indique a melhor opção para as perguntas abaixo (sobre o seu médico ou enfermeiro), de acordo com a escala: <i ao="" as="" de="" entrevistado="" er="" opções="" resposta="" todas=""> (1) com (2) Premitera (3) Premitera (4) com se (4) contrar (5) não centro site</i>	
8) Quando você vem nessa unidade de saúde é o mesmo médico/enfermeiro que o atende	08
9) O seu médico/enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entende	09
10) O seu médicolenfermeiro he dá tempo suficiente para falar de suas preocupações, dúvidas ou problemas?	210
11) O seu médico/enfermeiro sabe da sua história d'inica/médica completa	Q11
12) O seu médicolenfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando	212
13) Você mudaria o seu atendimento dessa unidade de saúde para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer	213
14) O seu médicolenfermeiro ou alguém que trabalha nessa unidade de saúde ajudou-a a marcar essa consulta	14
15) Se caso o seu médico/enfermeiro tenha encaminhado você para o dentista ou outro profissional da equipe de saúde bucal, ele conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta	Q15
16) Se caso o seu médicolenfermeiro tenha encamin hado você para o dentista ou outro profissional da equipe de saúde bu cal, ele pare ceu interessado na qualida de do cuidado que lhe foi dado (he perguntou se você foi bem ou mai atendida por esse especialista)	Q16

17) Quando você vem nessa unidad e de saúd e, o œ upro niuá folficha da história clínica está sempre disponível na consulta	-Q17
18) Você acredita estar em uma boa unidade de saúde	Ω18
19) Você percebe se os profissionais dessa unidade de saúde trabalham em equipe	Q19
20) Você percebe alguma barreira no processo de comunicação entre os membros da equipe dessa unidade de saúde	-Q20
21) Você acha que os profissionais dessa unidade de saúde recebem treinamento para realizarem seus trabalhos?	-021
Indique se nessa unidade de saúde, você sabe se esses serviços ou orientações estão disponíveis,	
de acordo com a escala: ≪er ao entrevistado todas as opções de resposta>	
(1) Com (2) Procusimete (3) Procusimete (4) Com (5) Não sej / sim (2) Avaliação da saúde bucal (Exame dentário) (5) não tembro	000
	022
	Q23 -Q24
	025
	Q26
	-027
	Q28
29) Orientação nutricional	
30) Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	
32) Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas licitas ou licitas (álcool, cocaina, remédios paradormir)	Q31
33) Aconseihamento sobre como parar de fumar	
	Q34
35) Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	Q35
DIMENSÃO III - QUALIDADE DE VIDA DECORRENTES DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL	
36) Como você percebe as mudanças na sua saúde bucal desde a conclusão do tratamento? «lar ao entrevistado botas as opções de resposta >	
(1) Piorou multo (2) Piorou um pouco (3) Permanecau o mesmo (4) Melhorou um pouco (5) Melhorou multo	Q36
37) Como você descreveria a saúde dos seus dentes e de sua boca hoje? <ir ao="" as="" de="" entrevistado="" opções="" resposta="" todas=""></ir>	
(1) Excelente (2) Boa (3) Razoável (4) Ruím (5) Muito Ruím	Q37
nos últimos três meses: <er ao="" as="" de="" entrevistado="" opções="" resposta="" todas=""> (1) Nunca (2) Raramente (3) As vezes (4) Repetidamente (5) Sempre</er>	
AN In the complete of the description of the descri	
38) Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q38
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43
 39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42.) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuidade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você teve dificuidade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q45 Q46 Q47 Q48
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 49) Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 50) Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q48 Q49
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficau pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficau preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 59) Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 50) Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q48 Q49
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou preju dicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 49) Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 50) Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes?	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49 Q49
39) Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 40) Você teve dores na sua gengiva ou nos seus dentes? 41) Você se sentiu incomodado ao comeralgum alimento por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 42) Você ficou preocupado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 43) Você sentiu-se estressado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 44) Sua a limentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 45) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 46) Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 47) Você sentiu-se envergon hado por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 48) Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 49) Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 50) Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 51) Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 51) Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua gengiva e dentes? 52) DIMENSÃO IV - PREPARAÇÃO PARA O PARTO E NASCIMENTO	Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49 Q50 Q51

APÊNDICE 10: Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde bucal na atenção materno-infantil: Um olhar sobre a cooperação

interprofissional e a qualidade do cuidado

Pesquisador: Juliana Pereira da Silva Faquim

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 15444013.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnologico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 312.904 Data da Relatoria: 17/05/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo busca descrever o nível de interação entre os profissionais que atuam na atenção maternoinfantil,incluindo o técnico em saúde bucal e testar um projeto de intervenção sob os princípios da Estratégia de Educação Permanente para impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado oferecido às gestantes.

Objetivo da Pesquisa:

nda

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

nda

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nda

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

nda

Recomendações:

Havia recomendação para acrescentar a existência de risco mínimo no TCLE

Enderego: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904

UF: SP Municipio: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 312.904

Conclusões ou Pendências	e Lista de Inadequações:
A pendência foi atendida.	
Situação do Parecer:	
Aprovado	
Necessita Apreciação da C Não	ONEP:
Considerações Finais a crit	tério do CEP:
	SAO PAULO, 24 de Junho de 2013
_	Assinador por: Claudio Leone (Coordenador)

Enderego: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar UF: 3P Municipio: SAO PAULO CEP: 01.246-904

Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 11: Termo de Encaminhamento para Pesquisa Acadêmico-Científica 2013/2014







Uberlândia, 21 de agosto de 2013

Prezados Coordenadores

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA PESQUISA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada "Saúde bucal na atenção maternoinfantil: um olhar sobre a cooperação interprofissional e a qualidade do cuidado", a ser
realizada no período de agosto/13 a outubro/14, nas seguintes unidades de saúde: UAPSF Jd
Botânico, UAPSF Lagoinha 1 e II, UAPSF Santa Luzia, UAPSF São Jorge II e III, UAPSF
Shopping Park I, UAPSF Aclimação, UAPSF Alvorada, UAPSF Ipanema I e II, UAPSF Mansour I
e II, UAPSF Morada Nova e UAPSF Jd Célia, pela pesquisadora: Juliana Pereira da Silva
Faquim e Karen Katlein Dolenkei, orientada pelo Prof Dr. Paulo Frazão, da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e está regularmente autorizada através do Parecer Consubstanciado CAEE nº 15444013.3.0000.5421, pela coordenação da Atenção Primária à Saúde e cadastrado no Núcleo de Estágios e Pesquisas/DGP.

Atenciosamente,

Maria Regina Carrijo Borba

Núcleo de Estágios e Pesquisa

Juliana Markus

Coordenadora de Formação e Educação Permanente

Dr Welington Muniz Ribeiro

Diretor de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

APÊNDICE 11: Termo de Encaminhamento para Pesquisa Acadêmico-Científica 2014/2015







Uberlândia, 01 de outubro de 2014.

Prezadas Coordenadoras

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA PESQUISA

Autorizamos a realização da pesquisa "Saúde Bucal na Atenção Materno-infantil: Um olhar sobre Cooperação Interprofissional e a Qualidade do Cuidado" a ser realizada no período de out/14 a out/15, nas unidades: UAPSF Alvorada e Jardim Célia, pela pesquisadora: Juliana Pereira da Silva Faquim e Karen Katlein Dolenkei, orientadas pelo Profº Paulo Frazão, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/USP.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Etica e Pesquisa, e está regularmente autorizada, através do Parecer Consubstanciado nº 652.643 da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, pela Coordenação da Atenção Primária à Saúde e Cadastrado no Núcleo de Estágio e Pesquisas/DGP.

Atenciosamente.

Maria Regina Carrijo Borba Núcleo de Estágios e Pesquisas

Isabel dos Reis Camargo

Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

APÊNDICE 12: TCLE para os profissionais - primeira etapa da pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA AV. DR. ARNALDO, 715 CEP 01246-904 SÃO PAULO - BRASIL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL

1ª Etapa

Meu nome é Juliana Pereira da Silva Faquim, cirurgia-dentista e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nível doutorado. Estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, denominada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a Qualidade do Cuidado".

Esta pesquisa tem como objetivo realizar um estudo observacional em Unidades de Atenção Primária à Saúde Familiar (UAPSF) de Uberlândia, Minas Gerais, e descrever os recursos disponíveis, as características da assistência ofertada e o nível de interação dos profissionais que atuam na atenção materno-infantil, na qualidade do cuidado à saúde bucal das gestantes, durante o pré-natal. Ela tem risco mínimo. Serão realizadas entrevistas estruturadas com os profissionais de saúde que atuam na atenção materno-infantil e aplicação de um instrumento de medida da intensidade de colaboração entre os profissionais de saúde. Você foi selecionado para ser um dos entrevistados. Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas apenas para fins acadêmicos. Não está previsto pagamento ou ressarcimento de despesa para o entrevistado, mas você poderá ser indenizado no caso da violação de algum preceito ético.

Você poderá obter esclarecimentos e/ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Participar ou não da pesquisa não acarretará em benefício indevido, nem prejuízo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento. Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (34) 9124-9720, ou enviar uma mensagem pela internet para o e-mail: jufaquim@usp.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser dirigidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP no endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904 São Paulo SP — Telefone: 11-3061-7779, E-mail: coep@fsp.usp.br

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.
AUTORIZAÇÃO
Eu,
declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa intitulada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a Qualidade do Cuidado".
Aceito participar da pesquisa, através dos instrumentos citados e da realização e gravação da entrevista.
Estou ciente de que os resultados serão tratados de forma sigilosa, tendo garantido meu anonimato.
Estou ciente de que terei liberdade em retirar este consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Em concordância com os termos da pesquisa, aceito participar e assino abaixo.
Assinatura:
Data

APÊNDICE 13: TCLE para os profissionais - segunda etapa da pesquisa



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA AV. DR. ARNALDO, 715 CEP 01246-904 SÃO PAULO - BRASIL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAL - 3º ETAPA

Meu nome é Juliana Pereira da Silva Faquim, cirurgiã-dentista e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nível doutorado. Estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, denominada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a Qualidade do Cuidado".

Nesta terceira etapa, pretendemos com sua colaboração, testar um protocolo de atenção à gestante elaborado coletivamente na etapa anterior da pesquisa. A pesquisa tem risco mínimo.

Para isso, duas unidades de saúde vão participar como unidades intervenção e sua participação nas entrevistas é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico. As entrevistas não se referem a aspectos morais sobre sua intimidade, nem tratam de temas que possam prejudicar sua vida funcional na organização/instituição de saúde. Os dados de interesse dizem respeito a sua formação profissional, função exercida na unidade, e sua participação na organização do trabalho, na produção do cuidado e o grau de interação profissional mantido.

Nessas duas unidades intervenção, além das entrevistas mencionadas, serão realizadas atividades de grupo para aprimorar o desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo e para qualificação do cuidado oferecido, apoiando a execução do protocolo de atenção à gestante.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas apenas para fins acadêmicos. Não está previsto pagamento ou ressarcimento de despesa para o entrevistado, mas você poderá ser indenizado no caso da violação de algum preceito ético.

Você poderá obter esclarecimentos e/ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Participar ou não da pesquisa não acarretará em nenhum benefício indevido, nem prejudicá-lo (a) de nenhum modo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento. Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (34) 9124-9720, ou enviar uma mensagem pela internet para o e-mail: jufaquim@usp.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser dirigidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP no endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904 São Paulo SP − Telefone: 11-3061-7779, E-mail: coep@fsp.usp.br

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.

AUTORIZAÇÃO
•
Eu,
declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa
intitulada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a
Qualidade do Cuidado".
Aceito participar da pesquisa, através dos instrumentos citados e da realização e gravação da entrevista.
Estou ciente de que os resultados serão tratados de forma sigilosa, tendo garantido meu anonimato.
Estou ciente de que terei liberdade em retirar este consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Em
concordância com os termos da pesquisa, aceito participar e assino abaixo.
Assinatura:
Data:

APÊNDICE 14: TCLE para gestantes



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA AV. DR. ARNALDO, 715 CEP 01246-904 SÃO PAULO - BRASIL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GESTANTES

Meu nome é Juliana Pereira da Silva Faquim, cirurgiã-dentista e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nível doutorado. Estou realizando uma pesquisa, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Frazão, denominada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a Qualidade do Cuidado".

Esta pesquisa objetiva descrever os recursos disponíveis, as características da assistência ofertada e o nível de interação dos profissionais que atuam na atenção materno-infantil durante o prénatal nas Unidades Básicas de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais e testar um Protocolo de Atenção à Gestante. Para isso, você será entrevistada e uma amostra de sangue coletada na rotina do pré-natal será utilizada para pesquisa de substâncias indicadoras de inflamação. As entrevistas não se referem a aspectos morais sobre sua intimidade, nem tratam de temas que possam prejudicar o seu atendimento na organização/instituição de saúde. Os dados de interesse dizem respeito aos serviços na unidade de saúde e à qualidade de vida ligada a sua saúde bucal. A coleta de sangue será realizada em ambiente confortável e privativo por profissional habilitado em uma veia do braço usando equipamentos de proteção, e materiais descartáveis. Você apenas sentirá um desconforto decorrente da picada da agulha. Sua participação é muito importante para que a pesquisa tenha valor científico.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as respostas serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação é voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. As informações e opiniões expressas por você não causarão nenhum dano ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto das demais entrevistas apenas para fins acadêmicos. Não está previsto pagamento ou ressarcimento de despesa para o entrevistado, mas você poderá ser indenizado no caso da violação de algum preceito ético.

Você poderá obter esclarecimentos e/ou tirar dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa. Participar ou não da pesquisa não acarretará em nenhum benefício indevido, nem prejudicá-lo (a) de nenhum modo. Você também não precisa responder às perguntas que não quiser e pode desistir de participar a qualquer momento. Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para (34) 9124-9720, ou enviar uma mensagem pela internet para o e-mail: jufaquim@usp.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser dirigidas ao Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP no endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP 01246-904 São Paulo SP — Telefone: 11-3061-7779, E-mail: coep@fsp.usp.br

Agradeço sua cooperação e me coloco à disposição.
AUTORIZAÇÃO
Eu, declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa intitulada "Saúde Bucal na Atenção Materno-Infantil: Um Olhar sobre a Interação Profissional e a
Qualidade do Cuidado". Aceito participar da pesquisa, através dos instrumentos citados. Estou ciente de que os resultados serão tratados de forma sigilosa, tendo garantido meu anonimato. Estou ciente de que terei liberdade em retirar este consentimento em qualquer etapa da pesquisa. Em concordância com os termos da pesquisa, aceito participar e assino abaixo.
Assinatura:
Data:

APÊNDICE 15: Termo de Aceitação de Apoio Financeiro

07/11/12

efomento.cnpq.br/efomento/contrato/confirmarDadosBancarios.do





311211358603433

TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO

Processo: 476505/2012-7

Titulo do Projeto: Saúde bucal na atenção materno-infantil: o técnico em saúde bucal, a cooperação interprofissional

e a qualidade do cuidado

Instituição de Vinculo: Universidade de São Paulo/USP-SP

CNPJ: 63025530000104

Instituição de Execução: Universidade de São Paulo

CNPJ: 63025530000104

Chamada: Universal 14/2012 - Faixa B - de R\$ 30.000,01 a R\$ 60.000,00

Eu, Paulo Frazão, 047.096.648-38, declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências N° CPF (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) da Chamada acima especificada e às Condições Gerais para Apoio Financeiro que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

AUXÍLIO FINANCEIRO

Custeio: R\$ 15.000,00

Capital: R\$ 32.000,00

Valor Global: R\$ 47.000,00

Tenho ciência:

- a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente; e
- b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas).

1. DA CONCESSÃO:

- 1.1. Ao aceitar o apoio financeiro, o BENEFICIÁRIO declara formalmente:
- a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;
- b) observar o disposto nas Leis n° 8.666/93 e n° 10.973/04, nos Decretos n° 93.872/86 e n° 5.563/05 e na Lei n° 8.112/90, no que couber, bem como os demais instrumentos legais pertinentes;
- c) conhecer o Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição de execução do projeto/plano de trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;
- d) conhecer e cumprir as exigências da Chamada à qual a proposta está relacionada, como também as normas do CNPq, ora em validade, relativas à modalidade de apoio financeiro aprovado, ciente que a eventual mudança dessas normas não afeta, altera ou incide sobre o presente documento, exceto quando proposta pelo CNPq e formalmente aceita pelo BENEFICIÁRIO;

efomento.cnpg.br/efomento/contrato/confirmarDadosBancarios.do

ANEXOS

ANEXO 1: Comprovante de submissão do artigo 1.

Juliana Faquim

De: Revista Saúde em Debate [revista@saudeemdebate.org.br]

Enviado em: quarta-feira, 21 de outubro de 2015 15:24

Para: jufaquim@ig.com.br

Assunto: Saúde em Debate - Confirmação de recebimento de artigo

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104



Seu trabalho **Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante pré-natal** foi recebido com sucesso.

Ele será encaminhado à Comissão Científica para análise e seleção.

Você poderá acompanhar o status da avaliação de seu trabalho através de sua área restrita, informando o login e a senha de acesso, que você cadastrou no momento de seu registro.

Atenciosamente, Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104

Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 - FAX.: |21| 2260-3782 - revista@saudeemdebate.org.br

© Todos os direitos reservados para CEBES - <u>Desenvolvido por Zanda Multimeios da Informação</u>

Nenhum vírus encontrado nessa mensagem.

Verificado por AVG - www.avgbrasil.com.br

Versão: 2015.0.6172 / Banco de dados de vírus: 4450/10862 - Data de Lançamento: 10/21/15

ANEXO 2: Regras de submissão da Revista Saúde em Debate

struções aos autores para preparação e submituão de artigos

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Politica editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse académico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site http://www.cebes.org.br.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

- Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e Interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.
- 3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.
- 4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

- Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.
- 6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.
- Documento e depoimento: trabalhos referentes a ternas de Interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não Inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www. saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho. Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista Indicar 'sugestões não Impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao film desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apota as políticas para registro de ensatos clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação Internacional de Informações sobre ensatos clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de Identificação em um dos registros de Ensatos Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: http://www.icmje.org. O número de Identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

 O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1.5.
- O corpo de texto não deve conter qualquer Informação que possibilite identificar os autores ou instituições.
- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou Inglês
- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:
 - Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
 - Métodos descritos de forma objetiva.
 - Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
 - Conclusão.
 - Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.
- O texto completo deve conter:
 - Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
 - Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
 - Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
 - No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
 - Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
 - Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
 - Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.
- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.
- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em Itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografía e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Liven

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). Segundade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEU-RY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: http://www.saudeemdebate.org/br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizados e enviados para o e-mail da revista (revista@ saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tai, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: http://www.saudeemdebate.org.bc/artigos/Index.php

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802 CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782 E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

ANEXO 3: Página inicial do currículo Lattes do orientador



Paulo Frazão

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/0336022787699316 Última atualização do currículo em 01/10/2015

Paulo Frazão concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1999. Obteve título de Livre Docente pela USP em 2009. Atualmente é Prof Titular do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP; Pesquisador 2 do CNPq e consultor do Ministério da Saúde. Foi Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. Publicou 74 artigos em periódicos especializados e 83 trabalhos em anais de eventos. Possui 22 capítulos de livros e 1 livro publicado e 2 organizados.Participou de 3 eventos no exterior e 33 no Brasil. Orientou 16 dissertações de mestrado e 6 teses de doutorado, e supervisionou 8 monografias de especialização e 5 trabalhos de iniciação científica nas áreas de Saúde Coletiva e Odontologia. Recebeu 13 prêmios e/ou homenagens. Entre 1987 e 2004 participou da condução de 10 projetos de pesquisa. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Vigilância da Saúde Bucal, linha de pesquisa na qual coordena projetos de interesse da Saúde Bucal Coletiva. É coordenador de projetos do Centro Colaborador do Ministério da Sáúde em Vigilância em Saúde Bucal da FSP-USP. É membro da Comissão de Políticas Públicas do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo. Em suas atividades profissionais interagiu com 71 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica e tecnológica são: Epidemiologia, Saúde Bucal, Cárie Dentária, escolares, Saúde Pública, Políticas Planejamento e Adm Sistemas e Serviços de Saúde, Má oclusão, Pessoal Auxiliar Odontológico, Cooperação Interprofissional, Sistemas locais de saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Nome em citações bibliográficas

Paulo Frazão

FRAZÃO, P.;Frazão, Paulo

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde

Pública.

Av. Dr. Amaldo 715

Cerqueira Cesar

01246904 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30617957

Fax: (11) 30617835

URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/site/docentes/index/1/NULL/page:9

ANEXO 4: Página inicial do currículo Lattes da candidata



Juliana Pereira da Silva Faquim

Bolsista de Doutorado do CNPq

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/3714245083080878 Última atualização do currículo em 28/11/2015

É professora do Curso Técnico em Saúde Bucal da Universidade Federal de Uberlândia ESTES/UFU. Cursa o Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) trabalhando com os temas: Colaboração Interprofissional, Atenção Primária à Saúde e Gestão do Cuidado. Sobre a temática "Profissionais Auxiliares em Odontologia - Técnico em Saúde Bucal" já publicou 8 artigos científicos e 4 livros. É Pesquisadora do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (FSP/USP) e Avaliadora Externa do Ministério da Saúde do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas PMAQ/CEO. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1999) e mestrado em Odontologia (Periodontia) UFU (2003), especialização em Periodontia/UFU (2004), especialização em Docência no Ensino Superior (2005), especialização em Radiologia e Imaginologia Odontológica pela ABO (2011). Tem experiência e interesse nas áreas de educação profissional, profissionais auxiliares da Odontologia, atenção primária em saúde, vigilância em saúde bucal, política e gestão em saúde, pesquisas qualitativas. Email: jufaquim@estes.ufu.br (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Juliana Pereira da Silva Faquim 🍫
Nome em citações bibliográficas FAQUIM, Juliana Pereira da Silva

Endereço

Endereço Profissional

Universidade Federal de Uberlândia, Escola Técnica de Saúde. Av. Amazonas s/n – Campus Umuarama – Bloco 4 k – Sala 136

38400902 - Uberlândia, MG - Brasil

Telefone: (34) 32258462