

Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal

Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care

Juliana Pereira da Silva Faquim¹, Paulo Frazão²

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 abordando questões sobre hierarquia, habilidade para evitar conflitos e colaboração interprofissional. 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 relations in dental care during the prenatal period. It 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 interprofessional collaboration, formal and organizational resources are not being employed, reflecting a gap 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.*

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Escola Técnica de Saúde – Uberlândia (MG), Brasil. jufaquim@ig.com.br

² Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil. pafrazao@usp.br

Introdução

A gravidez é uma situação especial para o 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; TENENBAUM; DAVIDEAU, 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 (44%) relatou ter recebido orientação/cuidado de saúde bucal 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 com a assistência odontológica, como, por exemplo, uso de anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal e tomadas radiográficas da cavidade da boca (ZANATA; FERNANDES; NAVARRO, 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 nas 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 de literatura 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; PULLON; MCKINLAY, 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., 2015). 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, com a lógica profissional tradicional e com o 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 com a variação da percepção e da atitude dos profissionais, em um 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 médio 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, intitulado '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 (SUS) 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, 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 (Número: 312.904). 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 4 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 5 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. Em uma 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; D'AMOUR; LEDUC, 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 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 com a categoria profissional do respondente e outra sobre possíveis diferenças relacionadas com a 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 com a noção de que grupos ou equipes de trabalho cujos agentes dispõem 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%) eram 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).

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

Faixa etária	<36 anos		>35 anos	
	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

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Valor de $p = 0,044$ (Teste exato de Fisher).

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 desfavorável à colaboração interprofissional. 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).

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

Questões	Respostas										Escala -100 a +100	
	1		2		3		4		5			m (ep)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
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

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Respostas (1, 2, 3, 4, 5): escala de 5 pontos, na qual 1 corresponde ao menor grau e 5 ao maior grau.

m= valor médio; ep= erro padrão.

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).

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

Questões	Respostas										Escala -100 a +100	
	1		2		3		4		5			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum?	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	2	3,8	3	5,7	16	30,7	31	59,6	4,47 (0,11)	73,5

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Respostas (1, 2, 3, 4, 5): escala de 5 pontos, na qual 1 corresponde ao menor grau e 5 ao maior grau.

m= valor médio; ep= erro padrão.

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 a menor foi 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 a 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 (84,62%) profissionais declararam não existir reuniões de planejamento; 47 (90,38%) responderam que os prontuários não são compartilhados; 39 (75,00%) indicaram que o prontuário não contempla questões de saúde bucal e 38 (73,08%) afirmaram que existe prontuário específico empregado para o registro das ações de assistência odontológica (tabela 4).

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

Questões	Sim		Não		Não responderam	
	n	%	n	%	n	%
Existem reuniões de planejamento?	7	13,46	44	84,62	1	1,92
O prontuário de atendimento à gestante é compartilhado entre os profissionais da unidade de saúde?	3	5,77	47	90,38	2	3,85
O prontuário de atendimento à gestante contempla questões sobre a saúde bucal?	12	23,08	39	75,00	1	1,92
Existe um prontuário específico para a saúde bucal?	38	73,08	9	17,31	5	9,61

Fonte: Elaboração própria.

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 em um município de médio porte brasileiro foram descritas neste estudo a fim de identificar o sentido delas em relação à colaboração interprofissional e de 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 essas 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; BORTHWICK, 2005).

Quando os resultados foram analisados por unidade da atenção primária, notaram-se significativas diferenças relacionadas tanto com o grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades/responsabilidades quanto com o 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 pelo qual cada categoria profissional é formada.

Van Schaik *et al.* (2014), em um estudo sobre percepções de equipes multiprofissionais de saúde, evidenciam que as percepções de cada membro contribuem para um efetivo trabalho em equipe e revelam algumas barreiras potenciais para o trabalho eficaz em equipe interprofissional, como as tensões relativas à hierarquia, à segurança e à 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, comunicam-se 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 com os 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; 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 com a 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 a 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

Diante dos 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. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez., 2014.

D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, n. 188, set. 2008.

FEWSTER-THUENTE, L.; VELSOR-FRIEDRICH, B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q*, Germantown, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008.

HUCK, O.; TENENBAUM, H.; DAVIDEAU, J. L. L. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: recent epidemiological and biological data. *Journal of pregnancy*, Cairo, v. 2011, 2010.

LACHAT, M. F. *et al.* Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Frederick, v. 25, n. 4, p. 312-319, 2011.

MATUDA, C. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2015 (no prelo).

- MATZIOU, V. *et al.* Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*, Abingdon, v. 28, n. 6, p. 526-533, 2014.
- MORGAN, M. *et al.* Oral health during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Boca Raton, v. 22, n. 9, p. 733-739, 2009.
- MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLEY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015.
- NANCARROW, S. A.; BORTHWICK, A. M. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol Health Illn*, Boston, v. 27, n. 7, p. 897-919, 2005.
- PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais*. São Paulo: Edusp, 2001.
- PROCTER, S. *et al.* A case study of asthma care in school age children using nurse-coordinated multidisciplinary collaborative practices. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Auckland, v. 8, p. 181-188, 2014.
- ROCHA, J. M. *et al.* Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz. Oral Res.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 248-254, jun. 2011.
- 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*, Barcelona, v. 17, n. 1, p. 24-31, 2007.
- SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Abingdon, supl. 1, p. 132-147, maio 2005.
- SANTOS NETO, E. T. *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.
- SUPPER, O. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, Oxford, v. 37, n. 4, p. 716-727, 2015.
- VAN SCHAIK, S. M. *et al.* Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Medical Education*, Oxford, v. 48, p. 583-592, 2014.
- 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*. Geneva: WHO/HRH/HPN, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em: 7 jun. 2012.
- 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.*, Bauru, v. 16, n. 3, p. 194-200, 2008.

Recebido para publicação em outubro de 2015

Versão final em fevereiro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo: 476505/2012-7. O último autor é pesquisador do CNPq (304251/2012-7)