

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULA GOUVÊA FRANCO

**PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Juiz de Fora – Minas Gerais

2019

PAULA GOUVÊA FRANCO

**PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz Francisco Farah.

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Franco, Paula Gouvêa.

Processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família sob a perspectiva da integralidade / Paula Gouvêa Franco. -- 2019.

144 f. : il.

Orientadora: Beatriz Francisco Farah

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Saúde bucal. 2. Integralidade. 3. Processo de trabalho. 4. Estratégia de saúde da família. 5. Cirurgião-dentista. I. Farah, Beatriz Francisco, orient. II. Título.

PAULA GOUVÊA FRANCO

**“Processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia
Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade.”**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

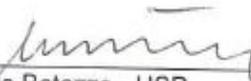
Aprovado em 22/02/2019



Beatriz Francisco Farah – UFJF



Isabel Cristina Gonçalves Leite - UFJF



Carlos Botazzo - USP

*A toda população que anseia por
uma assistência em saúde bucal digna, satisfatória e de qualidade.*

*A todos os profissionais, gestores e educadores que, assim como eu,
querem romper com paradigma “Brasil, o país dos desdentados”.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, Que sempre me conduziu para o caminho do bem, deu-me inspirações para sonhar, força para tentar e perseverança para continuar.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a **Beatriz Francisco Farah**, pela disponibilidade, paciência, atenção, entrega e carinho durante esses dois anos. **Bia**, gratidão eterna!

À Prof.^a Dr.^a **Isabel Cristina Gonçalves Leite**, pelas pertinentes sugestões, comentários, incentivos e orientações.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

Aos professores e funcionários do Nates, em especial a **Elisângela** e **Patrícia**, por sempre estarem dispostas a ajudar, sem medida.

Aos alunos do mestrado e doutorado, em especial à **Fabiana Lawal**, que sempre me incentivaram e dividiram conhecimentos. Obrigada pela amizade e carinho nesta jornada.

Aos professores das bancas de qualificação e de defesa, Prof.^a Dr.^a **Isabel Cristina Gonçalves Leite** e Prof. Dr. **Carlos Botazzo** que tanto acrescentaram para que esta dissertação se concretizasse da forma como se apresenta.

Aos professores Prof. Dr. **Marcos Alex Mendes da Silva** e Prof. Dr. **Sérgio Xavier de Camargo** pela disponibilidade e atenção.

Aos **cirurgiões-dentistas** participantes desta pesquisa, por me acolherem em seus locais de trabalho e pela troca de conhecimentos. Nossos momentos de encontro foram importantes não apenas para a pesquisa, mas para meu crescimento pessoal.

À Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina e à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, assim como a todos meus colegas de trabalho, em especial à **Lúcia Gama**, que entenderam minha ausência e apoiaram minha qualificação profissional. A todos os familiares e amigos que, de uma forma ou de outra, estiveram ao meu lado e que contribuíram para que esta conquista se tornasse real, o meu sincero **MUITO OBRIGADA!**

Ao meu esposo, **Nicolau**, que tanto me incentivou e encorajou nesses dois anos. Foi o meu suporte e enxugou minhas lágrimas nos momentos de desespero. Foi meu motorista nos dias em que o cansaço me limitou e até se inscreveu em disciplinas isoladas para me apoiar! **Nico**, não teria conseguido sem você! Obrigada pelo companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor!

Aos meus pais, **Paulinho e Idalina**, por me incentivarem desde criança a estudar e buscar crescimento profissional, sendo meu suporte e abrigo. **Pai e Mãe**, obrigada pelo amor incondicional!

Aos meus irmãos, **Renata, Éder, Rogério e Alyne**, tanto quanto aos meus sobrinhos, **João Víctor, Matheus, Maria Eduarda e Helena**, que também foram fundamentais neste processo. Obrigada por entenderem minha ausência, pelo respeito e apoio às minhas escolhas e por me darem forças para vencer esse desafio.

RESUMO

A inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitou a reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, com a aproximação do profissional com o território, possibilitando novas formas de produção do cuidado. Para uma assistência em saúde bucal de qualidade é necessário que a organização do processo de trabalho esteja em harmonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com especial enfoque na integralidade. O objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD) da ESF da microrregião de saúde Cataguases/Leopoldina em Minas Gerais, frente à perspectiva da integralidade na assistência. Trata-se de estudo descritivo exploratório, abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa 13 CDs da microrregião de saúde Cataguases/Leopoldina em Minas Gerais, composta de 10 municípios. Para a coleta de dados utilizaram-se entrevistas individuais com roteiro norteador semiestruturado e a observação com registros em um diário de campo. A análise de dados baseou-se na hermenêutica dialética, que possibilitou compreender o consenso nos discursos, e a dialética, que possibilitou perceber o dissenso e as contradições. Após exaustiva leitura dos dados, emergiram sete núcleos de sentido que resultaram em três categorias: a organização do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF; saberes e práticas dos cirurgiões-dentistas na ESF sob a perspectiva da integralidade; o cotidiano dos cirurgiões-dentistas na ESF: potencialidades e desafios para a integralidade da assistência. Percebeu-se que a atenção à saúde bucal se organizava em demanda programada e espontânea. Na demanda programada identificaram-se a realização de trabalho em equipe, visitas domiciliares, atividades educativas de promoção à saúde e prevenção às doenças, atividades administrativas e participação em reunião de equipe. Percebeu-se que a maioria dos CDs entende a integralidade no sentido das práticas profissionais, relatando a visão do paciente como um todo, além da compreensão da multideterminação social do processo saúde-doença dos indivíduos e suas necessidades. Alguns profissionais compreendem a integralidade para além do sentido prático, vislumbrando a dimensão política e organizativa da integralidade. A maior parte dos CDs entende que a integralidade é alcançada por meio do trabalho em equipe e ampliando o olhar para além das questões odontológicas, compreendendo as necessidades dos indivíduos. Entre as potencialidades destacam-se a possibilidade de referenciar para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) as diretrizes da ESF e a integração profissional. Entre os desafios salientam-se as cotas insuficientes para os encaminhamentos ao CEO, a demanda excessiva para atendimento clínico, infraestrutura e condições de trabalho insatisfatórias e deficiências na rede. O estudo demonstrou aproximação com o modelo assistencial proposto pela ESF. Pode-se inferir que mudanças no modelo de atenção foram visualizadas como a evolução na atuação do CD de uma visão apenas clínica para prevenção, promoção, cura e reabilitação. Ressalta-se que a integralidade influenciou as formas de organização do trabalho dos participantes.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Integralidade. Processo de Trabalho. Estratégia Saúde da Família. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

The insertion of oral health into the Family Health Strategy (FHS) made it possible to reorganize the work process of the professionals involved, bringing the professional closer to the territory, making possible new forms of care production. For quality oral health care, it is necessary that the organization of the work process is in harmony with SUS principles, with a focus on integrality. The objective of this study was to analyze the work process of the dental surgeons (CD) of the ESF of the Cataguases / Leopoldina health micro-region in Minas Gerais, facing the integral care perspective. It is an exploratory descriptive study, qualitative approach. Thirteen CD of the Cataguases / Leopoldina health micro-region in Minas Gerais, comprised of ten municipalities, participated in this study. For the data collection, individual interviews were used with semistructured guiding script and observation with records in a field diary. Data analysis was based on dialectical hermeneutics that made it possible to understand the consensus in the discourses and the dialectic made it possible to perceive dissent and contradictions. After exhaustive reading of the data, seven nuclei of meaning emerged that resulted in three categories: the organization of the dental surgeons' work process in the FHS; knowledge and practices of dental surgeons in the FHT from the perspective of integrality; the daily routine of dental surgeons in the ESF: potentialities and challenges for integral care. It was noticed that oral health care was organized in a programmed and spontaneous demand. The programmed demand identified teamwork, home visits, educational activities for health promotion and disease prevention, administrative activities and participation in team meetings. It was noticed that the majority of the CDs understood the integrality towards the professional practices, reporting the vision of the patient as a whole, besides the understanding of the social multidetermination of the health-disease process of the individuals and their needs. Some professionals understand completeness beyond the practical sense, glimpsing the political and organizational dimension of integrality. Most CDs understand that completeness is achieved through teamwork and broadening the look beyond dental issues, understanding the needs of individuals. Among the potentialities are the possibility of referring to the Center of Dental Specialties (CEO), the guidelines of the ESF and the professional integration. Challenges include insufficient quotas for referrals to the CEO, excessive demands for clinical care, infrastructure and poor working conditions and deficiencies in the network. The study showed an approximation with the assistance model proposed by the FHS. Changes in the care model are noticed, with the evolution in the CD's performance of a clinical only vision for prevention, promotion, cure and rehabilitation. It is emphasized that integrality influenced the forms of work organization of the participants.

Keywords: Oral health. Integrality. Work process. Family Health Strategy. Dental surgeons.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa das macrorregiões de saúde de Minas Gerais.....	45
Figura 2	Mapa da macrorregião sudeste de Minas Gerais.....	46
Figura 3	Mapa microrregional: Leopoldina-Cataguases.....	47
Figura 4	Organização da saúde bucal na ESF na microrregião Leopoldina-Cataguases.....	60
Quadro 1	Quantitativo de equipes de saúde bucal na microrregião de Leopoldina-Cataguases, por município, 2018.....	49
Quadro 2	Análise das entrevistas.....	52
Quadro 3	Caracterização das participantes, 2018.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária à saúde
ASB	Auxiliar de saúde bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-dentista
CD-R	<i>Compact disc Rewritable</i>
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPOD	Dentes cariados, perdidos ou restaurados
CRAS	Centro de Referência de Atenção Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipe de atenção básica
eSB	Equipe de saúde bucal
eSF	Equipe de saúde da família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente e Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de atenção básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras e Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização

PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Processo de trabalho
SB	Saúde bucal
SESP	Serviço de Saúde Pública
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBS	Técnico em saúde bucal
UBS	Unidade básica de saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO¹

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: RESGATE HISTÓRICO.....	17
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	22
2.2.1 A atenção primária à saúde e a saúde da família.....	25
2.2.2 A Estratégia Saúde da Família.....	30
2.3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
2.4 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA..	35
2.4.1 O processo de trabalho em saúde na perspectiva da integralidade.	35
2.4.2 Processo de trabalho em saúde bucal.....	41
3 OBJETIVOS	44
3.1 OBJETIVO GERAL.....	44
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 CONHECENDO O CAMPO DO ESTUDO: A MICRORREGIÃO DE SAÚDE LEOPOLDINA-CATAGUASES.....	45
4.2 COLETA DE DADOS.....	47
4.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
4.4 OS RISCOS E OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	50
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1 FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	54

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com o Manual para a formatação de dissertações e projetos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	57
5.3 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS CIRURGIÕES - DENTISTAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	59
5.4 SABERES E PRÁTICAS DOS CDs SOBRE INTEGRALIDADE.....	72
5.5 O COTIDIANO DO CD NA ESF: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES E ANEXO.....	101

1 INTRODUÇÃO

A assistência odontológica pública alcançou significativas mudanças nos últimos anos. Para a reorganização dessa assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi primordial a reorientação dos processos de trabalhos (PT) dos profissionais envolvidos.

Entretanto, na prática odontológica ainda existem alguns conflitos e contradições. Sabe-se que modelos hierárquicos e inflexíveis na relação profissional-paciente dificultam a integralidade do cuidado em saúde. Assim, fazem-se necessários novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, efetivando o vínculo e o comprometimento entre os trabalhadores, gestores e população, para que os princípios do SUS transformem a prática em saúde bucal. A tecnologia relacional leve mostra-se como alternativa para se alcançar a integralidade almejada nos processos de trabalho em saúde (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Em virtude das mudanças ocorridas no país e na política de saúde, em 1994 o Ministério da Saúde criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de consolidar o SUS, reafirmando seus princípios e diretrizes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 apresentou a ESF como um importante modelo de reorganização da atenção básica (AB) no país. Ela favoreceu a reorientação do processo de trabalho, potencializando os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, além de proporcionar aumento na resolutividade das ações, promovendo melhora nas condições de saúde da população e favorecendo a relação custo-efetividade das ações de saúde (BRASIL, 2011).

A incorporação da equipe de saúde bucal (eSB) na ESF iniciou no ano 2000 através da Portaria nº 1.444/2000, que definiu os incentivos financeiros para adequação dos municípios e em 2001, por meio da Portaria nº 267/2001 o Ministério da Saúde (MS) definiu o papel a ser desempenhado pelos profissionais de saúde bucal na ESF (BRASIL, 2001).

Faz-se necessário que a eSB esteja em harmonia com a equipe de saúde da família (eSF), participando da gestão de serviços, dando respostas às demandas da comunidade e ampliando o acesso às ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças. Assim, o profissional deveria estar apto para trabalhar em equipe, desenvolvendo o trabalho interdisciplinar com a eSF. Para isso, é preciso

garantir salários satisfatórios e oferecer boas condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades essenciais (SOARES *et al.*, 2016).

Um grande marco na área da saúde bucal pública no Brasil foi o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, pelo Ministério da Saúde. Conhecida como “Brasil Sorridente”, essa política foi implementada em resposta às demandas de alguns grupos organizados. A PNSB apresentou-se comprometida com os preceitos da integralidade, propondo uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, por meio da ampliação do acesso e cobertura; com modelos de atenção voltados para melhoria da qualidade de vida e não para as doenças, buscando a integralidade do cuidado; e como direito de cidadania e passível do controle social (BRASIL, 2004a). Essa política propôs a ampliação de práticas participativas, o trabalho em equipe, conduzidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal integral, considerando a realidade do território em que vivem essas populações. Desde sua criação, a PNSB possui diretrizes que aproximam a saúde bucal do modelo da ESF.

Em relação à organização do processo de trabalho em saúde bucal, percebeu-se que a PNSB estava em harmonia com os princípios do SUS, com especial enfoque na integralidade. A PNSB sugere: a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo entre a eSB e a eSF; a integralidade da atenção, com ações de promoção e recuperação da saúde, prevenção da doença, em níveis individuais e coletivos; a intersetorialidade, aproximando-se de áreas como a educação, agricultura, esportes, trabalho, meio ambiente; a ampliação e qualificação da assistência; a garantia de condições adequadas de trabalho, com equipamentos e insumos suficientes (BRASIL, 2004a).

Cabe ressaltar que o sentido de integralidade proposto pela Constituição Federal de 1988 estabelecia ao SUS o dever de garantir atendimento integral, priorizando atividades preventivas sem prejuízos das atividades assistenciais (BRASIL, 1988). Entretanto, a integralidade adotada neste estudo aproxima-se do sentido ampliado de integralidade proposto por Mattos (2001), podendo ser compreendida em três diferentes sentidos: no que se refere às características das políticas de saúde, como resposta governamental às demandas de saúde; na dimensão da prática profissional nos diversos níveis de assistência e no sentido de orientar a organização dos serviços de saúde. Para esse autor, mais do que um

princípio do SUS, a integralidade foi uma bandeira de luta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O autor destaca, ainda, que a integralidade que foi proposta pelo SUS vai muito além da assistência à saúde e que o princípio necessita de profissional capacitado para colocá-la em prática. Dessa forma, sua formação profissional torna-se primordial para o alcance da integralidade. Um profissional comprometido com a integralidade precisa conhecer todo o sistema de saúde, sua organização e composição, além de oferecer um processo de trabalho interdisciplinar e intersetorial, oferecendo ao paciente o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, com ações preventivas e assistenciais (MATTOS, 2004).

O cirurgião-dentista comprometido em garantir a integralidade no cuidado precisa estar focado em promover a saúde, ampliando a visão para além da doença, pensando e agindo de forma interprofissional e intersetorial, garantindo a prática do cuidado em todas as dimensões que compõem os sujeitos, com abrangência biopsicossocial. A integralidade no cuidado de pessoas, grupos e de um coletivo reconhece o usuário como sujeito histórico, social e político, articulando-se em seu ambiente familiar, na sociedade e no meio ambiente. Assim, a produção do cuidado, além de buscar seu protagonismo no processo terapêutico, deve garantir sua autonomia (PIRES; BOTAZZO, 2015).

A Odontologia precisava ser vista além das práticas técnicas. A saúde bucal é parte integrante da saúde geral, sendo uma dependente da outra. Botazzo (2006) discute o conceito de bucalidade, entendido como expressão social que a boca realiza. Traz a dimensão da boca humana como território onde se expressa a subjetividade (BOTAZZO, 2006).

Nesse sentido, tornam-se relevantes o conhecimento e a compreensão da rotina em que são oferecidos os serviços de saúde, caracterizando as práticas profissionais e as convicções que as sustentam, os fatores que prejudicam ou potencializam a efetivação de uma prática de cuidado de abordagem integral em saúde.

Baseando-se nas propostas de mudanças que a ESF, cujo principal objetivo é reorientar as práticas de atenção à saúde a partir da mudança do foco de atuação do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive, têm-se como questões norteadoras: o modelo assistencial prestado em saúde bucal está centrado no ser humano ou na doença dele? Como estão sendo desenvolvidas as atividades do CD

na ESF? Os CDs estão prestando cuidado integral aos seus pacientes no âmbito individual e coletivo? O processo de trabalho dos CDs está organizado para o desenvolvimento da prática integral? As necessidades de saúde dos pacientes estão sendo levadas em consideração para se formular o plano de tratamento?

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na ESF e, como objetivo, analisar o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas inseridos nas unidades de ESF de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, frente à perspectiva da integralidade na assistência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: RESGATE HISTÓRICO

Os primeiros registros de cirurgiões-dentistas contratados pela administração pública no Brasil são de 1911, em São Paulo, por meio da Lei 1.280, iniciando o atendimento odontológico público nesse estado. Já em 1929 esses profissionais passaram a fazer parte da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior e, em 1932, o estado de São Paulo instituiu a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário (VASCONCELLOS, 1984).

Com a criação da Secretaria de Estado da Saúde em 1947, recomendou-se que os centros de saúde contassem com um serviço de higiene dentária, assinalando, dessa forma, a organização da saúde bucal pública, situação que foi se expandindo tanto em São Paulo, quanto em outros estados. Contudo, apesar de os profissionais estarem inseridos no serviço público, a assistência prestada reproduzia fundamentalmente a abordagem realizada nos consultórios particulares (NARVAI, 2006).

Na década de 1950 o modelo de atenção assistencial em saúde bucal priorizava os escolares por intermédio do Serviço Estadual de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-restaurador. No final dos anos 1970, com a mudança do modelo nomeado odontologia simplificada, que era focado em ações curativas, passando para odontologia integral, iniciou-se uma abordagem preventiva e de promoção de saúde. Na sequência histórica estabeleceu-se o modelo do Programa Inversão da Atenção, que se baseava em intervir antes e controlar depois, na mudança da “cura” para “controle”. Ressalta-se que nesses modelos de atenção a assistência em saúde bucal ocorria de forma paralela e afastada da organização dos demais serviços de saúde (MENDES, 1986).

Predominava no Brasil, na década de 1970, a prática odontológica individual e mercantilista, com enfoque reparador, em detrimento das ações preventivas de alcance coletivo. Como resultado da falta de assistência odontológica associada a precárias condições de vida, o Brasil situou-se num quadro epidemiológico entre os piores do mundo, em saúde bucal. Em meados da década de 1970, com mais

destaque para as políticas sociais, intensificou-se a participação do Estado brasileiro na atenção à saúde bucal (VIANNA; PAIM, 2016).

Existiam na sociedade brasileira dois projetos sanitários alternativos: uma luta político-ideológica entre um projeto conservador, do modelo biomédico hegemônico, e um projeto democrático, cujos princípios se pautavam no movimento da Reforma Sanitária brasileira. No campo da saúde bucal, semelhantemente ao da saúde geral, reproduzia-se a lógica do Sistema Nacional de Saúde, centrada nas ações assistenciais curativas, com gastos insuficientes e mal utilizados na área, resultando em indicadores de alta ineficácia social em relação aos níveis de saúde bucal. Tornava-se urgente a reformulação do Sistema Nacional de Saúde Bucal, segundo os princípios e doutrinas da Reforma Sanitária (MENDES, 1986).

Nesse cenário, em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em resposta à luta do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que objetivava definir propostas para a reforma na saúde no Brasil. Na VIII CNS foi aprovado o conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, contribuindo para o esboço dos fundamentos do SUS. Essas propostas de mudanças foram utilizadas como alicerces, influenciando, mais tarde, em 1988 a aprovação da Reforma Sanitária, instituindo-se o SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Naquele mesmo ano, como consequência da VIII CNS, aconteceu em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), cujo tema inicial foi “saúde como direito de todos e dever do Estado”, trazendo a proposta de efetivar a inserção da saúde bucal no SUS a partir de um programa nacional de saúde bucal universalizado, hierarquizado e regionalizado. No relatório final ressaltava ser o momento de um amadurecimento social, político e técnico da Odontologia, além de assumir sua parcela de responsabilidade para combater os índices epidemiológicos críticos encontrados em todo o país (BRASIL, 1986).

Ainda que a Reforma Sanitária e o SUS tenham possibilitado que a saúde bucal ultrapassasse os limites da clínica odontológica, ainda assim prevalecia a prática odontológica “privatista, elitista, individualista ou monopolista” (BOTAZZO, 2013, p. 31).

A expansão da assistência pública à saúde, assim como o desenvolvimento das políticas de saúde bucal, estava atrelada a uma luta muito maior: a democratização do país, a efetivação de políticas sociais e o direito de cidadania (VIANNA; PAIM, 2016).

Com a criação do SUS e a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que em seu artigo nº 196 garantia o direito à saúde a todos os seus cidadãos, tornou-se possível a concretização de um sistema integrado e gratuito que desenvolvesse ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação da saúde. O SUS tem como objetivos a reorganização dos serviços e ações de saúde, devendo seus princípios ser seguidos em todo o território brasileiro (BRASIL, 2011).

Na busca de alternativas para melhoria da saúde bucal da população, em 1993 ocorreu a II CNSB, remetendo também à saúde bucal o direito de cidadania e a sua relação com as políticas públicas. Em seu relatório final, a II CNSB mostra ser preocupante a situação de saúde bucal no Brasil, com a inexistência de políticas adequadas e as precárias condições de trabalho, além da falta de financiamento compatível para garantir os princípios da universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica (BRASIL, 1994). Relata, ainda, que o modelo de saúde bucal vigente permanecia ineficaz, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação (BRASIL, 1994).

As proposições das CNSB, apesar de reconhecida relevância, não se concretizaram, assim, a agenda da saúde bucal não sofreu alteração em grande parte dos governos (ASSIS, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Um ano após a II CNSB, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entretanto, a composição da equipe não incluía profissionais da saúde bucal. Nesse contexto histórico, destaca-se a Pesquisa Nacional de Amostras e Domicílios (PNAD), em 1998, indicando que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tinham ido ao dentista (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 1998; NARVAI; FRAZÃO, 2008). Os resultados da PNAD influenciaram positivamente a inclusão da saúde bucal na ESF, que aconteceu no ano 2000, por meio da Portaria nº 1.444/2000 (BRASIL, 2000).

Dessa forma, pela Portaria nº 1.444 foi instituído o incentivo financeiro para a incorporação das eSB na ESF. Atualmente existem três modalidades de eSB. A modalidade I é composta de um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal ou um técnico de saúde bucal. Compõem a modalidade II: um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. Já a modalidade III diz respeito

à unidade odontológica móvel. Em relação às ações a serem desenvolvidas, estão incluídas ações de recuperação, de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2000).

No ano seguinte, em 2001, por meio da Portaria nº 267/2001, o Ministério da Saúde (MS) orienta que as ações e serviços das eSBs inseridas nas ESFs sejam reorganizadas, definindo o papel a ser desempenhado por cada profissional da equipe, com a realização de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de uma população adscrita. Essa portaria, além de atribuir aos profissionais a responsabilidade sanitária por essa população, orienta a inserção dos profissionais da saúde bucal nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela ESF (BRASIL, 2001).

A partir de 2003, a orientação política da saúde bucal foi caracterizada por evidente esforço técnico, com relevantes investimentos financeiros, estimulando melhorias na organização do trabalho (BOTAZZO, 2008).

Souza e Roncalli (2007) afirmam que a incorporação da eSB na ESF ocorreu tardiamente, porém se expandiu de forma expressiva, tornando-se a principal forma de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para atender às necessidades de saúde bucal da população, além de possibilitar a reorganização da assistência prestada, a partir de um conceito mais ampliado do processo saúde-doença, abrangendo ações de promoção, prevenção e curativas.

A terceira CNSB aconteceu no ano de 2004, apresentando como tema central “saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. O debate estruturou-se a partir de quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; e financiamento e organização da atenção em saúde bucal. Nessa conferência foi preconizada a necessidade de se estabelecerem protocolos cientificamente validados para que os procedimentos de atenção e assistência em saúde bucal fossem padronizados (BRASIL, 2005a).

O Conselho Nacional de Saúde deliberou pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, reconhecendo que já se passavam 10 anos desde a realização da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005a). Essa conferência, segundo Narvai e Frazão (2008), aconteceu em um momento de grandes expectativas dos brasileiros de que as reivindicações históricas pudessem se concretizar, entre as quais as demandas relacionadas à saúde bucal.

O lançamento da política Brasil Sorridente confirmou-se como a principal mudança no campo da saúde bucal pública brasileira, cujas diretrizes se propõem a ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira a partir da operacionalização da oferta de serviços na APS pela ESF, incentivando, ainda, o aumento da oferta de procedimentos de níveis secundário e terciário (BRASIL, 2004a).

Narvai e Frazão (2008) advertem que a inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por contradições, conflitos e desafios. Os desafios para reorientação do modelo de atenção à saúde bucal persistem como consequência da inserção tardia das eSBs na ESF, mas também sofrem influência da demanda reprimida, da baixa qualificação dos profissionais para atuarem no SUS e da herança histórica dos padrões da prática odontológica, isolada das demais profissões da saúde (LOURENÇO *et al.*, 2009).

Para avaliar as condições de saúde bucal do Brasil, o MS instituiu as Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal – conhecidas por SB Brasil (2003, 2010), preconizadas para serem realizadas de 10 em 10 anos e verificar a situação nacional de saúde bucal a partir da realização de exames bucais e entrevistas. Os dois estudos compreenderam a avaliação bucal quanto à presença de doenças, sua gravidade e prevalência, além de terem sido preenchidos questionários com dados socioeconômicos dos entrevistados.

A pesquisa SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira (2003) foi realizada em 250 municípios brasileiros escolhidos por sorteio. A amostra total alcançada pelo levantamento foi de 108.921 pessoas (BRASIL, 2004b).

Os dados da SB Brasil de 2003 coadunam com as preocupações levantadas pela PNAD no ano de 1998, cujos resultados revelaram que aproximadamente 14% de adolescentes brasileiros (faixa etária dos 15 aos 19 anos) nunca foram ao dentista. Salientaram, ainda, a existência de acentuadas desigualdades regionais, uma vez que na região Sul menos de 6% dos adolescentes relataram nunca terem ido ao dentista, enquanto que na região Nordeste esse percentual aproxima-se de 22% (BRASIL, 2004b).

A SB Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010) foi realizada em 177 municípios brasileiros, sendo incluídas as capitais dos estados e o Distrito Federal. O objetivo geral foi conhecer as condições de saúde bucal da população urbana em

2010 e auxiliar o planejamento e a avaliação das ações e dos serviços no SUS. Foram avaliadas 37.519 pessoas individualmente (BRASIL, 2012a).

Comparando-se a pesquisa SB Brasil 2003 com a SB Brasil 2010, constata-se redução no índice que avalia o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados (CPOD) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. Dessa forma, o Brasil aproxima-se do grupo de países em que as crianças aos 12 anos de idade apresentavam baixa prevalência de cáries (RONCALLI *et al.*, 2015). Além do declínio no índice CPOD, aumentou o número indivíduos sem cáries. Houve aumento do acesso aos serviços odontológicos entre os adultos, principalmente de baixa renda, entretanto, os indicadores epidemiológicos permanecem significativamente superiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para as faixas etárias adultas e idosas (PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012).

Pucca Júnior *et al.* (2015) constataram que ao longo de 10 anos da implantação do Brasil Sorridente, os indicadores de saúde bucal melhoraram significativamente, como pode ser observado nos resultados da pesquisa SB BRASIL de 2003 e 2010. Entretanto, para que o perfil epidemiológico brasileiro melhore, fazem-se necessários grandes esforços para garantia de uma saúde bucal satisfatória, incluindo a superação das grandes desigualdades socioeconômicas (PINTO; MATOS; LOYOLA FILHO, 2012; PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2015; RONCALLI *et al.*, 2015).

Em setembro de 2017, reforçando a importância e expressividade da PNSB no SUS, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado brasileiro aprovou o projeto de lei que propõe tornar o Brasil Sorridente uma política de Estado. Esse projeto foi de autoria do Senador Humberto Costa, do Partido dos Trabalhadores. A proposta encontra-se em análise pela Comissão de Seguridade Social. Caso aprovada, seguirá para análise das comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça (BRASIL, 2017), deixando de ser uma política de governo para se tornar uma política de Estado.

2.2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A PNSB corrobora a consolidação do SUS, cujo principal objetivo é a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Nos últimos 20 anos, a condição de saúde bucal dos brasileiros melhorou expressivamente (CANGUSSU; PASSOS-SOARES; CABRAL, 2016). Os autores asseveram que a PNSB estimulou a expansão de medidas populacionais, entretanto, ainda existem muitas dificuldades para reduzir as iniquidades em saúde, principalmente nas populações mais vulneráveis.

Segundo dados de 21 de setembro de 2017 do MS, no Brasil Sorridente estavam inseridas 25.206 eSBs, 1.100 CEOs e 1.840 laboratórios de prótese dentária, que no ano de 2016 ofertaram 600 mil próteses dentárias à sociedade. Com expressiva abrangência, a PNSB está presente em 5.010 municípios brasileiros, com cobertura para 104 milhões de pessoas, alcançando aproximadamente 90% dos municípios do país (BRASIL, 2017).

A grande maioria dos serviços odontológicos públicos no Brasil está concentrada na atenção primária, apresentando elevada demanda reprimida (SILVA; GOTTEMS, 2017). Reconhecendo essa realidade, desde a sua criação a PNSB propõe a ampliação e qualificação da oferta de serviços odontológicos especializados, por meio da implantação dos CEOs.

Silva e Gottens (2017) explanam que no ano de 2004 a assistência odontológica especializada representava apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, comprometendo a integralidade da assistência. A PNSB propõe mudar essa realidade, aumentando a oferta e a qualificação da atenção secundária à saúde por meio dos CEOs.

A implementação da PNSB, em 2004, caracterizou um momento político de maior participação do governo federal na saúde bucal pública brasileira, com aumento do financiamento das eSBs na ESF, implantação dos CEOs e a criação de uma rede articulada em diferentes níveis de atenção à saúde. O Brasil Sorridente se apresentou como uma política que aproximava a saúde bucal do princípio da integralidade (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2009). Salienta-se que a saúde bucal conquistou espaço relevante na agenda de saúde em 2003, com uma nova conjuntura política, período em que houve alocação de recursos financeiros sem precedentes (BOTAZZO, 2008).

Com a implantação da PNSB houve significativo aumento da oferta de serviços odontológicos públicos em diferentes níveis de atenção. Paralelamente a essa evolução da oferta de serviços, surgiu a necessidade de adequar as práticas dos profissionais da saúde bucal, assim como sua formação profissional. Diante

dessa perspectiva, alguns autores questionam se as diretrizes da PNSB são suficientes para garantir a integralidade na assistência (BOTAZZO, 2008; SOUZA, 2008).

Em estudo multicêntrico no âmbito nacional utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apurou-se que 69% dos procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal são procedimentos curativos (NEVES, 2016). Os procedimentos preventivos prevalecem sendo ofertados a crianças e adolescente no recinto escolar (SANTOS; ASSIS, 2006).

A PNSB recomenda que 75 a 85% da carga horária dos profissionais da eSB sejam dedicados à assistência clínica e 15 a 25% às atividades como planejamento, capacitação e atividades educativas coletivas. Sugere, também, que as atividades educativas e preventivas devem ser executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar, sob a supervisão, planejamento e avaliação do CD. De modo geral, as ações de educação em saúde, de prevenção às doenças e promoção à saúde são atribuições recorrentes entre os profissionais da ESF, devendo fazer parte do cotidiano nas agendas das equipes (BRASIL, 2004a).

Cabe destacar que as atividades de promoção à saúde referem-se àquelas que promovem melhorias na qualidade de vida e da saúde de uma população, não se restringindo ao processo saúde-doença, mas articulando com a multideterminação desse processo. Dessa forma, as atividades de promoção à saúde possuem mais abrangência, não se restringindo a alguma doença específica. As atividades de prevenção às doenças referem-se àquelas relacionadas ao período de pré-patogênese, com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças específicas, diminuindo sua incidência e prevalência nas populações (BUSS, 2000).

A PNSB fomentou grandes avanços na Odontologia pública, com ampliação do número de equipes de saúde bucal no país e melhoria no acesso dos usuários ao serviço, permanecendo ainda como desafio superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na atenção básica brasileira (NEVES, 2016).

É notório o impacto dos determinantes sociais no âmbito da saúde bucal. Percebe-se uma associação entre os aspectos sociodemográficos, os indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros, as características do processo de trabalho e a realização de procedimentos odontológicos preventivos no Brasil. Constatou-se maior prevalência de procedimentos odontológicos preventivos nas

regiões Sul e Sudeste do país, quando comparadas às demais regiões, com especial destaque para as cidades com mais de 500 mil habitantes, com índice de desenvolvimento humano (IDH) superior a 0,7 e com cobertura de saúde bucal de até 4 mil habitantes por equipe. Dessa forma, ressalta-se que, no âmbito da saúde bucal, as iniquidades regionais são um desafio ao fortalecimento dos princípios do SUS (NEVES, 2016).

2.2.1 A atenção primária à saúde e a saúde da família

Desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a instituição do SUS, o sistema de saúde brasileiro vem se estruturando e consolidando. O SUS é caracterizado pela hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade crescente, com a atenção primária à saúde (APS) como porta de entrada principal e ordenadora da rede de atenção à saúde (BRASIL, 1990a; 2011).

A atenção primária em saúde no cenário mundial pode se apresentar em três diferentes interpretações: como nível primário do sistema de saúde; como estratégia de organização; ou como atenção seletiva. No Brasil, além de porta de entrada preferencial do SUS, a APS é uma importante estratégia de organização dos serviços de saúde, garantindo uma forma própria de ajustar os recursos existentes para atender às demandas da população, além de articular com outros serviços de saúde, garantindo integralidade, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe, a focalização na família e a orientação comunitária (MENDES, 2002).

Um marco histórico para a APS aconteceu no ano de 1978, na cidade de Alma-Ata, capital da república do Cazaquistão, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (OMS, 1978). A Declaração de Alma-Ata propõe metas para melhoria dos níveis de saúde da população mundial a serem alcançadas para o ano de 2000. Como instrumento para o alcance dessas metas são propostos os cuidados primários definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde, métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance dos indivíduos e famílias das comunidades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1978, p. 5).

O processo de trabalho preconizado pela declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) deveria ser realizado de forma multiprofissional e em equipe, com atenção voltada para a pessoa e não para sua doença, promovendo atenção integral com ênfase em ações preventivas e de promoção da saúde. O documento registra a indissociabilidade do setor saúde com desenvolvimento econômico e social, valorizando as ações intersetoriais e recomendando prioridade nas ações que favoreçam as necessidades das populações marginalizadas, tendo em vista a equidade (OMS, 1978).

No Brasil, os termos “atenção básica em saúde” e “atenção primária em saúde” são sinônimos e sofreram influência das discussões em Alma-Ata. Segundo o MS, trata-se dos cuidados primários em saúde (BRASIL, 2012a). A equivalência dos termos foi confirmada também na revisão da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017).

Mendes (2002) ressalta que compreender a APS como um nível de atenção menos complexo do que os demais é um equívoco. O mesmo autor (2011) atribuiu três funções essenciais para a atenção básica: oferecer alta resolutividade sobre grande parte dos problemas de saúde da população, organizar as referências e contrarreferências para os outros níveis de atenção e ser coordenadora do cuidado, assumindo responsabilidade pela saúde do paciente nos diversos pontos de atenção (MENDES, 2011).

Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008), com o intuito de reavaliar os valores e os princípios que inspiraram a Declaração de Alma Ata, desenvolveu um documento intitulado Atenção Primária Renovada. Nesse documento são articulados componentes e passos para renovação da APS, cujo foco é a pessoa e a busca de suas necessidades e problemas, e a partir daí construir o plano terapêutico pautado na integralidade. O documento reforça a APS como primeiro nível de atenção e coordenadora e organizadora da rede de saúde caso seja necessária a progressão aos outros níveis de complexidade. O documento reforça também a participação social, o processo de trabalho multiprofissional, com abordagem integral, considerando a multidimensionalidade da saúde, as linhas de cuidado e ciclo de vida (OPAS/OMS, 2008). As funções, os valores e os princípios descritos foram reforçados na política de atenção básica no nosso país.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2012, trouxe a ESF como principal modelo de atenção para expansão e consolidação da atenção básica no país. A ESF favorece a reorientação do processo de trabalho, potencializando os

princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliando a resolutividade e o impacto na condição de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar boa relação custo-efetividade. Considerando a consolidação da ESF como forma de reorganização da atenção básica também na área da saúde bucal, a eSB se insere nesse cenário (BRASIL, 2012a).

Em 2012, a PNAB recomendava que para a organização do processo de trabalho na ESF são necessários alguns elementos, destacando-se, entre eles: a existência de equipe multiprofissional, cuja composição mínima incluía um médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (CD) e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (ASB e/ou TSB). O número de ACS deveria ser calculado na medida em que seria suficiente para atender a população cadastrada, com limite de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. A população cadastrada deveria ser no máximo de 4.000 pessoas, sendo o recomendável de 3.000 pessoas, de acordo com critérios de equidade para essa definição. O cadastramento seria de cada profissional de saúde em apenas uma equipe, com jornada de trabalho de 40 horas semanais, exceção feita somente ao profissional médico, que poderia atuar em no máximo duas equipes, com carga horária total de 40 horas semanais (BRASIL, 2012a).

Em 2017 o MS aprovou uma nova reformulação da PNAB por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, revogando a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. A redação vigente da nova PNAB preconiza um papel mais representativo de todos os entes federativos na AB (BRASIL, 2017).

A PNAB (2012) destaca como características do processo de trabalho: a territorialização; a programação das atividades em conformidade com a realidade local baseada nos critérios epidemiológicos; priorização dos grupos de risco; acolhimento e escuta qualificada; classificação de risco; garantia da integralidade da assistência e organização de sua continuidade; utilização de espaços comunitários e domicílios para realizar a atenção a saúde; provimento de ações educativas de promoção da saúde; efetivação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; além de participar no planejamento local de saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais. Dessa forma, apoia o fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2012a).

Quanto ao trabalho dos CDs, a nova redação da PNAB (2017) trouxe alguns acréscimos em suas atribuições, entre os quais ficaram atribuídas ao CD a realização da estratificação de risco e a elaboração do plano de cuidados entre os demais membros da equipe, para usuários em condições crônicas no território. No tocante aos procedimentos relacionados à reabilitação protética, a nova redação da portaria reforçou a inclusão das fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias. Esses procedimentos vinham sendo realizados preferencialmente pelo CEO, apesar da Portaria nº 2.488/2011 também trazê-los como atribuição da AB. A portaria deixa claro que atuação desse profissional não deve se restringir ao consultório odontológico, cabendo ao profissional prestar assistência domiciliar e/ou nos espaços comunitários, quando indicado e de acordo com o planejamento da equipe, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

Outro aspecto importante em relação ao processo de trabalho do CD que a nova PNAB reforça é a orientação do trabalho aproximando a saúde bucal da saúde geral, integrando as ações de saúde de forma multidisciplinar (BRASIL, 2017). Ressalta-se que a PNAB indica ações multidisciplinares, mas não sugere ações interdisciplinares.

Quanto às práticas comuns aos profissionais de nível superior, a portaria atribui também ao CD, em relação às ações dos ACS e dos agentes de combate às endemias (ACE), o papel de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas (BRASIL, 2017). Na PNAB vigente (2017), a ESF deixa de ser a principal referência para o acesso à APS. Ela é citada como prioritária, mas não a única configuração de trabalho em equipe na APS. Nessa redação são apresentadas as equipes de Atenção Básica (eAB) como novas formas de organização e também para o financiamento. Ressalta-se que o novo desenho da composição da equipe (eAB) não apresenta clareza nos detalhes, como exemplo, não é especificada a obrigatoriedade da presença dos ACS. A equipe mínima proposta é composta pelo profissional de nível superior de medicina e enfermagem e por auxiliar e/ou técnico de enfermagem. Outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, são referenciados como possíveis componentes da equipe, cabendo ao gestor municipal essa decisão (BRASIL, 2017).

Nas eABs poderá ocorrer a flexibilização da carga horária, sendo o mínimo de 10 horas semanais. Essa flexibilização da carga horária implica a inserção de mais de um profissional da mesma área de formação, até que se completem as 40 horas semanais do serviço prestado (BRASIL, 2017). Na carga horária das equipes de saúde da família (eSF e eSB) permaneceu a obrigatoriedade do cumprimento das 40 horas semanais, incluídos os médicos, que se optarem pela ESF devem cumprir essas 40 horas por semana. Destaca-se que a flexibilização de carga horária na eAB prejudica a construção do vínculo profissional/usuário, que por anos foi um dos aspectos essenciais no desenvolvimento da política de saúde (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017).

A reforma da PNAB surgiu em um momento crítico, uma vez que os gastos públicos estão congelados por 20 anos como resultado da Emenda Constitucional 95. Apresenta-se como uma ameaça à ESF, já que deixa a cargo do gestor municipal a decisão quanto ao formato de AB a que o município vai aderir (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017). A portaria já foi validada, revogando a anterior, sem apresentar detalhes no que se refere ao financiamento, dessa forma sua implementação torna-se um desafio aos gestores.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em matéria publicada no dia 17 de agosto de 2017 pelo pesquisador Paulo Capel Narvai (2017), pondera as repercussões da reforma da PNAB no âmbito da saúde bucal, informando que a Portaria 2.436/17 desobriga gestores estaduais e municipais de desenvolverem ações de saúde bucal. O autor alerta que a reforma coloca em risco a manutenção do programa Brasil Sorridente (ABRASCO, 2017), como se pode perceber na redação da PNAB (2017), colocando a saúde bucal como opcional:

Se forem compostas por profissionais de saúde bucal (as unidades básicas de saúde), será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo (BRASIL, 2017 p 11).

Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: população/2.000 (BRASIL, 2017 p 12).

A repercussão dessa reforma já pode ser observada em alguns municípios brasileiros, apresentando redução do número de equipes, como os desta pesquisa.

2.2.2 A Estratégia Saúde da Família

A partir do reconhecimento da crise do modelo assistencial biomédico, curativista predominante no país, propostas foram criadas na busca por transformações no sistema de saúde, de suas práticas e no do processo de trabalho em saúde. Com a proposta de uma reorganização da atenção básica buscando mudança no modelo assistencial focado no indivíduo para uma abordagem familiar, no seu ambiente físico e social, a ESF se apresenta como principal forma de organização da APS. A ESF recomenda que o processo de trabalho deve ser centrado nas necessidades de saúde do usuário, de forma individual e coletiva, abrangendo ações de prevenção, promoção e recuperação das doenças, em que a produção do cuidado é norteadora das ações técnico-científicas. Reforçando os princípios do SUS e sustentada nas características da APS, a ESF baseia-se no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social e na promoção da equidade com a inclusão e integração das populações vulneráveis (MACHADO; OLIVEIRA; CERETTA, 2013; MENDES, 2015; MOÇO *et al.*, 2017; VILARINHO; MENDES; PRADO, 2007).

Na APS, a ESF constitui-se em uma proposta gradual e progressiva de mudança do modelo assistencial tradicional praticado na saúde pública, com a substituição do modelo hospitalocêntrico, focado na cura de doenças para uma prática que possibilite a produção do cuidado com uma visão ampliada do processo saúde-doença. Trata-se de um recurso estratégico para ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a garantia da universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade proposta pelo SUS (FRANCO; MERHY, 2005).

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a equipe da ESF seria formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em relação à abrangência, cada equipe é responsável pela cobertura de uma área onde residem 3 mil a, no máximo, 4 mil pessoas e cada ACS é responsável por, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 2011). Inicialmente, os profissionais da saúde bucal não faziam parte da Saúde da Família e sua inclusão foi favorecida por meio do incentivo financeiro que o MS ofereceu aos municípios (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A ESF proporciona ao CD o desafio de ser um profissional de saúde, antes de ser um profissional exclusivo da saúde bucal, ressignificando sua prática profissional. Nessa perspectiva, seu processo de trabalho passa a ser pautado por diretrizes que estimulam o rompimento com as práticas hegemônicas (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

A dificuldade na adesão dos trabalhadores das ESF a um modelo pautado na integralidade, na promoção da saúde e na atuação interdisciplinar é claramente influenciada pela condição física e emocional desses trabalhadores. Romper com modelos excludentes e garantir a plena integração dos profissionais de saúde bucal ao modelo proposto pela ESF tem se mostrado um grande desafio a ser superado (ALVES; ROCHA, 2011).

As mudanças no processo de trabalho proporcionadas pela inserção da SB na ESF potencializam a integralidade na assistência, com atenção dos CDs ultrapassando as dimensões bucais (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010), buscando a almejada integralidade da assistência.

2.3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

As primeiras ideias a respeito dos serviços de saúde integrais surgiram na Inglaterra, em 1946, com a criação do *National Health Service* (NHS), e propunham a implementação do princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*). Destacam-se também a integralidade e o acesso universal como princípios norteadores da organização dos serviços de saúde em Québec, no Canadá, em 1971, "*La globalité des soins*" (CONILL, 2004).

Já no Brasil, o início do debate a respeito da integralidade surgiu em consonância com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, movimento marcado por lutas em favor da mudança do modelo médico-assistencial hegemônico, privatista, fragmentado, excludente, propondo a valorização dos modelos que preconizassem a integração das ações de saúde (CONILL, 2004).

Integralidade é termo polissêmico, não havendo, no âmbito da saúde, consenso sobre o assunto na literatura científica. Até mesmo na Constituição Brasileira de 1988 não existe o termo "integralidade". Em seu artigo 198, a Carta Magna determina que a saúde seja contemplada por meio do "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

assistenciais”. Já a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, no artigo 7º, refere-se ao termo integralidade quando afirma que: as ações em saúde devem ser realizadas por serviços públicos ou privados conveniados ao SUS, respeitando o princípio da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Embora a conceituação do termo não esteja explicitada, não existem dúvidas sobre seu significado (BRASIL, 1998; 1990a; NARVAI, 2005).

A integralidade sugere a parceria com as políticas sociais e econômicas. Dessa forma, é preciso cautela ao propor um sentido para a integralidade na saúde ou até mesmo na atenção básica, uma vez que ações em todos os níveis de atenção são primordiais para o atendimento integral. A integralidade permeia as ações assistenciais em saúde, mas não se limita a elas, dimensões da vida social e política são imprescindíveis a qualquer sentido da integralidade (NARVAI, 2005).

A integralidade no sistema de saúde deve ser buscada como uma disponibilidade potencial, tanto em recursos quanto em saber. Cada caso é singular e pode mobilizar diferentes tipos de recurso, mas dificilmente um paciente precisará simultaneamente de todos os recursos, abrangendo o social, o subjetivo e o biológico. A produção do cuidado deve se pautar na harmonia das intervenções, conforme a necessidade de cada caso (CAMPOS *et al.*, 2012).

Segundo Mattos (2001), o princípio da integralidade pode ser compreendido por meio de três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro diz respeito às práticas dos profissionais de saúde, o segundo à organização dessa prática e o terceiro às respostas políticas para viabilizar as ações em saúde.

No que se refere às práticas dos profissionais de saúde, a integralidade é associada ao sentido de uma boa prática, conduzindo o profissional à percepção do usuário em sua totalidade, não apenas no processo saúde-doença, mas em todos os seus determinantes. A integralidade na prática pode estar relacionada às ações em saúde, individuais e/ou coletivas, abrangendo o paciente de forma integral em suas diversas dimensões biopsicossociais (MATTOS, 2004). Dessa forma, a integralidade seria alcançada quando as necessidades de saúde individuais ou coletivas fossem atendidas para além da dimensão curativa, e que fosse contemplada com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MATTOS, 2004). É essa boa prática a

esperada pelos profissionais de saúde, aquela que acontece no encontro entre profissional e usuário, contrapondo-se ao reducionismo e à fragmentação.

O sentido da integralidade na prática do CD está presente na PNSB. Ao propor que os modelos de atenção sejam voltados para a melhoria da qualidade de vida e não para as doenças, tem-se a integralidade norteando uma visão ampliada da saúde, trazendo a saúde bucal como direito de cidadania e passível do controle social. A PNSB propõe, ainda, que a prática profissional pautada na integralidade pode ser alcançada mediante a educação e qualificação permanente dos profissionais (BRASIL, 2004a). Botazzo (2008) ressalta que a integralidade deve envolver outros fatores que não apenas os terapêuticos, contrapondo-se, assim, à Medicina científica positivista, que tem enfoque na doença, desligada do contexto social, cultural ou espiritual. Nessa perspectiva, a integralidade denominada “integralidade clínica” pelo autor é que deveria orientar a prática profissional, apresentando-se como ação social e técnica (BOTAZZO, 2008).

Botazzo (2006) destaca que a saúde não se esgota na forma clínica. Nessa perspectiva, o autor traz o conceito de bucalidade, com as funções da boca humana ultrapassando a concepção biológica, exercendo função social como na comunicação, nas demonstrações de afeto e expressões da subjetividade. Percebe-se que a bucalidade está intimamente ligada aos preceitos da integralidade (BOTAZZO, 2013).

O segundo sentido dado à integralidade por Mattos (2001) refere-se à organização dessas práticas. Tem-se a integralidade conduzindo a uma horizontalização na organização do processo de trabalho, anteriormente reproduzidas de forma vertical com os programas do MS, impulsionando, dessa forma, equilibrada integração de ações clínicas assistenciais com atividades que promovam a saúde e previnam doenças (MATTOS, 2004). A articulação de ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde diz respeito tanto à dimensão das práticas quanto à dimensão de organização dessas práticas, assim como a compreensão dos determinantes sociais da saúde devem estar presentes em todos os sentidos da integralidade.

Em relação ao segundo sentido da integralidade, ligado à organização dos serviços, a PNSB recomenda também a articulação entre as atividades preventivas, assistenciais e de promoção da saúde. Nota-se, porém, que a PNSB preocupa-se com a expansão das ações assistências (75 a 85% da carga horária do CD), em

virtude da insuficiência da assistência de saúde bucal no país. Mas é importante ressaltar que a política orienta que os CDs destinem parte de seu tempo para as ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004a).

Ainda em relação à organização dos serviços frente à integralidade, a PNSB se propõe a ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados com a implantação e melhoria dos CEOs (BRASIL, 2004a).

Para Alves (2005), o sentido da integralidade na organização dos serviços e das práticas deve ser norteado pelo conhecimento e caracterização dos problemas de saúde da população e, assim, poderem ser trabalhados pelas equipes de saúde. Dessa forma, a integralidade proporciona aos profissionais um olhar mais abrangente para as necessidades de saúde dos sujeitos, possibilitando a apreensão do sujeito biopsicossocial, que ultrapassa a abordagem fragmentada, centralizada na doença ou na demanda manifestada naquele momento (ALVES, 2005).

O terceiro sentido proposto por Mattos (2001) aborda as respostas do Estado aos problemas de saúde da população, como as políticas desenvolvidas para problemas específicos. A dimensão política da integralidade compreende a sua interação na estruturação de programas, estratégias e ações governamentais voltadas para a atenção integral (MATTOS, 2004). No tocante à dimensão política da integralidade, Botazzo (2008) ressalta que a “integralidade das políticas” em saúde deve ser pautada nos determinantes sociais do processo saúde-doença. Alves (2005) mostra a importância das políticas públicas para a construção de um sistema de saúde que seja democrático, universal, igualitário e integral.

A PNSB enfatiza a necessidade de desenvolvimento de políticas específicas, como de educação permanente para os profissionais e políticas voltadas para as necessidades de média e alta complexidade em Odontologia, ou voltadas para os problemas de saúde que acometem grupo populacional específico, como os indígenas (BRASIL, 2004a). A PNSB também registra a necessidade da construção de um modelo de financiamento flexível, com aumento do piso de atenção básica, o PAB variável (BRASIL, 2005a).

Em harmonia com a dimensão política da integralidade, em 2007, por meio do Decreto nº 6.286, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), expondo as diretrizes da política de atenção à saúde do escolar no Brasil (BRASIL, 2007). O PSE orienta que as eSFs devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, para não só avaliarem as condições de saúde dos alunos, como também

conduzirem o atendimento à saúde durante o ano letivo, de acordo com as necessidades locais (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Mattos (2004) afirma a existência de semelhanças entre esses três grandes conjuntos de sentidos e ressalta que, independentemente do sentido que será analisado, a integralidade rejeita o reducionismo e a objetivação dos sujeitos. Esclarece, ainda, que a efetivação da integralidade acontece mediante o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, com aproximação entre os atores, tanto nas práticas dos serviços de saúde quanto na organização desses serviços ou nas discussões sobre as políticas.

Abordando a integralidade no âmbito da saúde bucal, Botazzo (2008) correlaciona a integralidade clínica com a integralidade das políticas. Reconhece que ambas se integram, convergindo para a formação da rede de serviços de saúde e organização do trabalho em saúde bucal.

Pautar-se na integralidade norteando os processos de trabalho em saúde bucal é uma importante ferramenta para o rompimento com o modelo curativista e fragmentado (SANTOS; ASSIS, 2006).

Ao realizarem revisão integrativa com estudos a respeito da integralidade no âmbito da saúde bucal, Sanches *et al.* (2015) constataram que se trata de preocupação recente na literatura. Verificaram também, associação da integralidade ao trabalho em equipe com as práticas interdisciplinares e a organização do processo de trabalho.

Sublinha-se que as diretrizes da ESF apresentam-se como importante potencialidade para uma aproximação do princípio da integralidade.

2.4 PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.4.1 O processo de trabalho em saúde na perspectiva da integralidade

O processo de trabalho pode ser entendido como a forma como são realizadas as atividades profissionais, o modo como é desenvolvido o trabalho. São componentes do processo de trabalho: as finalidades ou objetivos que definem os critérios de realização do processo de trabalho; os objetos a serem transformados, que podem ser físicos, biológicos ou simbólicos, como subjetividades ou complexos sociais; os meios de produção ou instrumentos de trabalho, como as ferramentas,

equipamentos, instrumentos, o ambiente, os conhecimentos e as habilidades, além das estruturas sociais, determinando as relações de poder no trabalho e a remuneração; e os agentes ou sujeitos, que pode ser o indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade (FARIA *et al.*, 2009).

Na área da saúde, o objetivo da prestação de serviços é a alteração de alguma condição ou estado dos consumidores do serviço, sendo estes, ao mesmo tempo, agentes e objetos do processo de trabalho, pois é em suas existências que as mudanças poderão acontecer. Concomitantemente, as relações interpessoais da prestação de serviço, espaço privilegiado para a formação de subjetividades, somadas aos resultados alcançados promovem mudança também no profissional que a executam. Assim, torna-se também, além de agente, um objeto do processo de trabalho (FARIA *et al.*, 2009).

As formas de organização do trabalho e da produção são influenciadas pelas características próprias de cada época, de acordo com as necessidades econômicas. Merlo e Lapis (2005) retratam as principais mudanças nas condições de trabalho, desde a primeira até a terceira Revolução Industrial, ainda em curso, resgatando o taylorismo, o fordismo e o toyotismo como modelos de organização do trabalho.

Conhecido também como administração científica do trabalho, o taylorismo é um sistema de organização criado pelo engenheiro mecânico e economista norte-americano Frederick Winslow Taylor, no final do século XIX. A principal característica desse sistema é a substituição dos métodos empíricos por normas sistematizadas e uniformes para racionalizar a organização do trabalho, aumentando a produtividade, com o objetivo de obter o máximo de rendimento e eficiência com o mínimo de tempo e atividade. O taylorismo surgiu como uma nova cultura do trabalho, atendendo às necessidades do capitalismo internacional, em que o conhecimento científico se tornou importante para o desenvolvimento industrial. Nesse modelo, não cabe ao trabalhador planejar e programar o ato de suas ações, ele apenas executa (MERLO; LAPIS, 2005), porque o homem é visto como econômico.

Nota-se a influência do taylorismo na saúde pública brasileira desde a década de 1950, em um período caracterizado por grande demanda de doenças acumuladas e o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, com a proposta do sistema produtivista, cujo objetivo era resolver essa demanda.

Entretanto, mesmo com a ampliação da produtividade, além do alto custo, esse sistema não apresentava resolutividade satisfatória. Na saúde bucal essa influência do taylorismo pode ser observada na Odontologia Simplificada (NARVAI, 1994). A Odontologia Simplificada buscava alta produtividade com a simplificação dos recursos humanos (técnicos e auxiliares em saúde bucal) e equipamentos, aumentando os atos curativos, em menos tempo e ao menor custo possível (MENDES, 1986).

Ao longo da história, os processos de trabalho sofreram significativas reestruturações, em especial após a segunda fase da Revolução Industrial, por volta de 1900. A influência do sistema taylorista é percebida na mecanização do trabalho, exigindo alta especificação e mais produção. Entretanto, no início do século XX já se exibiam necessárias mudanças na natureza e nos processos de trabalho (MERLO; LAPIS, 2005).

Ao analisar o trabalho em saúde, emergem dois âmbitos de discussão: primeiramente, a respeito da noção de trabalho no campo das políticas econômicas e ciências sociais. E o segundo âmbito diz respeito ao eixo da micropolítica do trabalho, abordando a produção do cuidado em saúde (NOGUEIRA, 2002).

Para desenvolverem suas atividades, os trabalhadores dispõem de diferentes tipos de tecnologias: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são os equipamentos e instrumentais materiais do trabalho, como aparelhos, políticas, normas e máquinas; nas tecnologias leve-duras estão incluídos os saberes e conhecimentos que processam o trabalho; nas tecnólogas leves estão presentes as relações de vínculo, o acolhimento e a intersubjetividade (MERHY, 2002).

Para Merhy (2002), é por meio das tecnologias leves que o trabalho em saúde se concretiza como trabalho vivo em ato: por meio das tecnologias relacionais são construídos objetos, recursos e intenções, tendo como produto o cuidado em saúde. E acrescenta que na saúde o trabalho é vivo em ato, e que é primordial na organização do trabalho, uma vez que este possibilita a construção do vínculo, da responsabilidade mútua e da autonomização.

Cabe esclarecer que o sentido de cuidado utilizado neste estudo supera a dimensão biológica, tem sentido mais abrangente. De acordo com Merhy (2004), na área da saúde o objeto do processo de trabalho é a produção do cuidado e não a cura ou a promoção e proteção à saúde. É por meio da produção do cuidado que poderão ser atingidas cura, promoção e proteção à saúde individual e coletiva, que

são os objetivos finais a serem atingidos. A produção do cuidado perpassa pela relação entre os trabalhadores consigo mesmos, com os pacientes, gestores e com as estruturas organizacionais e deve ser direcionada a atender às necessidades de saúde da população (MERHY, 2004).

Ayres (2004) remete o sentido do cuidado nas ações de saúde, com interação entre o profissional e o paciente, buscando o tratamento de alguma doença, o alívio de um sofrimento ou a conquista de bem-estar mediado por saberes. A produção do cuidado em saúde se pauta no provimento e disponibilização de diferentes tipos de tecnologias, conforme a necessidade do paciente em suas diferentes dimensões (CECÍLIO, 2011).

O trabalho em saúde caracteriza-se pela produção do cuidado, devendo-se tratar de um trabalho relacional, produzido no encontro entre trabalhador e usuário, pautado na ética do compromisso com a vida, em que o trabalhador tem sua conduta, seu saber e o protocolo padrão específico para cada demanda. Entretanto, toda essa conduta é extremamente dependente da postura do paciente que requer seus cuidados. Pois o cuidado, fruto do trabalho, só será alcançado quando ambos se comprometem com o projeto terapêutico. Dessa forma, torna-se importante a flexibilização dessa relação profissional-paciente, com o trabalhador se apropriando também da gestão do seu trabalho e o paciente tornando-se protagonista da sua saúde e materializando seu processo terapêutico (MERHY, 2002).

Franco e Merhy (2005) acentuam que o trabalho em saúde, inclusive nas unidades da ESF, é predominantemente organizado de forma verticalizada, centralizado no profissional médico, produzindo um cuidado fragmentado, com fortalecimento de práticas especialistas e dificultando a interação entre os profissionais da equipe e entre a equipe e a comunidade. Os autores comentam, ainda, que essa prática prejudica o trabalho centrado nas necessidades dos usuários e a produção do cuidado.

É necessário o rompimento com o modelo assistencial no trabalho em saúde, em que a influência do taylorismo pode ser observada na extrema fragmentação da atenção em saúde, na valorização de especialistas. O CD ainda é considerado um ator social isolado no que se refere ao relacionamento técnico com os outros profissionais da equipe. Dessa forma, existe prejuízo na interdisciplinaridade proposta pela PNAB e fragmentação da assistência, resquícios do modelo taylorista (BOTAZZO, 2008; SANTOS; ASSIS, 2006).

Paradoxalmente, apesar de o CD ser o profissional cujas práticas cotidianas perpassam pela boca humana, órgão este primordial e principal para a comunicação entre os indivíduos, ainda pode ser observado isolamento do CD no consultório odontológico, prejudicando a comunicação entre os profissionais (BOTAZZO, 2008; FERNANDES; MASIERO; KUHNEN, 2015).

O que o paciente procura e precisa é de um profissional de saúde, não necessariamente de uma especialidade. Se o que a ESF propõe é um trabalho em equipe e de forma interdisciplinar, pressupõe-se que o plano terapêutico seja abordado por toda a equipe. Dessa forma, a partir do acolhimento, da escuta qualificada desse paciente, suas necessidades já deveriam ser inicialmente contempladas.

Independentemente do diploma que o profissional apresente, ali, naquele local de trabalho, ele é um agente de saúde, um representante daquela política pública de saúde. Não excluindo a importância das especializações, a integralidade requer uma visão ampliada da saúde, assim, a assistência prestada, bem como a tecnologia a ser usada, dependerá dos diferentes estágios e necessidades de saúde. Entretanto, a dimensão cuidadora deve ser preponderante no processo de trabalho dos profissionais de saúde e não a supervalorização aos núcleos de conhecimento específicos. Merhy (2002) relata que as tecnologias leves são uma alternativa para melhoria na qualidade dos serviços em saúde, promovendo subsídio para ruptura com o modelo médico hegemônico dominante até hoje.

A inclusão da saúde bucal na ESF possibilitou a reorientação do processo de trabalho dos profissionais da área e, conseqüentemente, a mudanças nos serviços ofertados (PUCCA JÚNIOR *et al.*, 2009). Viabiliza, dessa forma, o desenvolvimento da interdisciplinaridade e oportunizando o rompimento do isolamento do CD no consultório odontológico.

Na ESF são agentes ou sujeitos do processo de trabalho: o SUS, como agente institucional; as equipes de ESF; os profissionais das equipes; os indivíduos do território adscrito e a sociedade, pois a assistência prestada deve atender aos seus interesses, além de ser reproduzida socialmente. A pluralidade dos agentes envolvidos define finalidades e objetivos diferentes: o objetivo dos indivíduos adscritos é a resposta às suas necessidades de saúde; existem os objetivos coletivos locais, que são as demandas de necessidades de grupos no território; os objetivos institucionais são determinados nas leis e portarias do SUS, com seus

princípios e diretrizes; os objetivos da sociedade, considerada sujeito coletivo, são a proteção, promoção e recuperação da saúde de seus indivíduos, além dos interesses dos profissionais de saúde, que também estão inseridos na sociedade; os objetivos dos profissionais e das equipes de saúde retratam seus objetivos profissionais e existenciais, suas expectativas, as condições de trabalho, a renda, reconhecimento, entre outros (FARIA *et al.*, 2009).

Desde a institucionalização pelo Ministério da Saúde em 1994, a ESF se propõe a reafirmar os princípios e diretrizes do SUS como uma reorganização da atenção básica, buscando a mudança do modelo assistencial focado no indivíduo para uma abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social. A ESF preconiza que o processo de trabalho deve ser centrado nas necessidades de saúde do usuário, de forma individual e coletiva, abrangendo ações de prevenção, promoção e recuperação das doenças, em que a produção do cuidado é norteadora das ações técnico-científicas (SANCHEZ *et al.*, 2015).

O trabalho em equipe pode acontecer de duas formas de apresentação: a equipe como agrupamento de agentes, caracterizada pela fragmentação, e a equipe como integração de trabalhos, que corrobora a proposta da integralidade das ações de saúde. Na equipe agrupamento ocorre o agrupamento dos agentes e as ações são realizadas de forma fragmentada, já na equipe integração verifica-se a articulação das ações e a interação dos agentes. É notório que no trabalho em equipe busca-se que os profissionais mantenham certa especificidade, característica de equipe agrupamento, para executar ações próprias de sua área de conhecimento, mas também apresentem flexibilidade para divisão de tarefas comuns, características de equipe interação (PEDUZZI, 2001).

O processo de trabalho das ESFs deveria ser operado de forma transdisciplinar, entretanto, ainda existe o predomínio de práticas multidisciplinares com a estratificação do cuidado por categoria profissional. Para que haja mudanças e melhoria na qualidade dos serviços prestados à população, torna-se imprescindível que essas mudanças sejam antecedidas nos processos de trabalho desses profissionais (ABRAHÃO, 2007).

O trabalhador é peça-chave nessa construção coletiva da integralidade, juntamente com gestores e usuários. No cotidiano do seu trabalho, nas unidades de saúde é que os profissionais podem identificar os problemas e indicar soluções. Frente a essa perspectiva, apresenta-se a cogestão, uma diretriz do SUS, como

uma ferramenta de apoio à integralidade, a exemplo da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH foi criada em 2003, propondo mudanças nas práticas assistenciais e na gestão do SUS, com o objetivo de melhorar a saúde pública e fortalecer as relações entre os trabalhadores e os usuários (BRASIL, 2008).

2.4.2 Processo de trabalho em saúde bucal

No âmbito da Odontologia, a prática hegemônica em saúde bucal produz assistência fragmentada, curativista, em desacordo com os princípios do SUS (PIRES; BOTAZZO, 2015). O processo de trabalho em saúde bucal é caracterizado pela manutenção de práticas tradicionais, com a predominância do atendimento individual, curativo e o trabalho preventivo focalizado em escolares. Apesar de novas denominações, a prática odontológica se mantém praticamente inalterada (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI; 2010; SANTOS; ASSIS, 2006).

Historicamente, o processo de trabalho em saúde bucal tem sido organizado a fim de atender às necessidades tidas como prioritárias nos levantamentos epidemiológicos, visando ao controle das doenças de maior prevalência, caracterizando, assim, a prática odontológica focalizada na boca e seus elementos dentários, fragmentada, curativista, desconsiderando outras doenças bucais e até mesmo as subjetividades advindas da condição do adoecimento para organização da assistência. Assinalando, desta forma, a desarmonia com os princípios do SUS, da ESF e da PNSB. Torna-se prioritária a construção de novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, com a aproximação do técnico (odontólogo) ao produto do seu trabalho (que é a recuperação do dano), oportunizando a criação de vínculos e autonomia do paciente, como o cuidado abordando o sujeito e não a doença (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Souza e Roncalli (2007) reforçam que a saúde bucal é integrante do processo de mudanças das práticas hegemônicas em saúde e a sua incorporação à saúde da família torna-se uma oportunidade de romper com os modelos assistenciais fragmentados e excludentes, baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Os autores retratam que as relações de trabalho precárias e dificuldades no encaminhamento para outros níveis de complexidade prejudicam a integralidade na assistência. Em relação à organização do trabalho, asseguram que as mudanças no processo de trabalho têm sido um dos maiores desafios.

O aprimoramento da integralidade, assim como o investimento na interdisciplinaridade das ações da ESF, são medidas que visam proporcionar uma APS mais resolutiva (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). O fato de integrar serviços de saúde, como o sistema de saúde em redes, promove melhor qualidade da atenção e garantia da integralidade na assistência à saúde (NARVAI, 2005). Para a existência desse profissional comprometido com a integralidade, é imprescindível que se tenha formação pautada nos mesmos objetivos.

Para o sistema de saúde funcionar de forma a promover a integralidade, faz-se necessário um profissional capacitado para isso, comprometido com um cuidado de qualidade e resolutivo, respeitando as singularidades de cada paciente. E o compromisso com essa singularidade só pode ser garantido quando o profissional está apto também para o desenvolvimento de diferentes tipos de tecnologias. A utilização da tecnologia leve, arena da subjetividade, possibilita e promove uma escuta qualificada e respeita a opinião e escolhas do outro. O paciente assume a posição de protagonista no seu processo terapêutico. Na ESF essa tecnologia encontra local de atuação privilegiada, favorecida pela proximidade territorial e familiar. Merhy (2009) descreve que o trabalho na saúde é vivo em ato, pois o produto que se espera desse encontro entre profissional e paciente é a produção do cuidado, com responsabilização mútua, estimulando o autocuidado e a criação de vínculo.

No que diz respeito ao currículo odontológico, é um grande desafio, o núcleo “duro” da graduação mantém-se forte, contrapondo-se à ideologia do SUS e favorecendo a fragmentação da atenção com o centramento dentário (BOTAZZO, 2008).

Ao analisar o processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido na ESF, Moraes, Kligerman e Cohen (2015) e Pimentel *et al.* (2012) descrevem que os preceitos dessa estratégia são parcialmente seguidos. O trabalho em equipe é realizado de forma multidisciplinar e não interdisciplinar, como é proposto para que se alcançar a integralidade. As práticas educativas são restritas aos escolares e existe a necessidade do fortalecimento dos vínculos entre esses profissionais com os demais profissionais da equipe e com a comunidade. Percebe-se assim a importância da educação permanente para subsidiar os profissionais do desempenho de seus processos de trabalho.

Para se promover um cuidado pautado no usuário, não apenas centrado em sua doença, faz-se necessária uma aproximação da equipe de saúde com a população assistida, a fim de conhecer e compreender quais são as necessidades de saúde que eles apresentam tanto as ditas, quanto as percebidas pelos profissionais. Dessa forma, é de extrema importância o desenvolvimento das tecnologias leves, relacionais, na construção do vínculo entre profissionais e usuários (FRANCO; MERHY, 1999). Nesse sentido, a ESF apresenta-se como importante estratégia, quando propõe a territorialização, a intersetorialidade e a criação de vínculos. A ESF é um espaço privilegiado, sendo porta de entrada principal para o SUS. Dessa forma, os profissionais nela inseridos precisam conhecer o sistema de saúde e toda a sua articulação, para que de fato sejam coordenadores do cuidado (PIRES; BOTAZZO, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, frente à perspectiva da integralidade na assistência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião de Minas Gerais;
- b) Conhecer a prática profissional dos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde da ESF;
- c) Descrever como os cirurgiões-dentistas entendem o princípio da integralidade no processo de trabalho nas equipes de saúde da família;
- d) Descrever a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o seu trabalho na equipe de saúde da família, com vistas ao alcance da integralidade da assistência em sua prática cotidiana.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, na qual se utilizou para análise de dados a hermenêutica dialética, com cirurgiões-dentistas da microrregião de saúde de Leopoldina-Cataguases.

4.1 CONHECENDO O CAMPO DO ESTUDO: A MICRORREGIÃO DE SAÚDE LEOPOLDINA-CATAGUASES

O estado de Minas Gerais utiliza o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR/MG, 2010) como instrumento de planejamento e gestão, cujo princípio fundamental é a descentralização. O PDR/MG busca a melhoria do acesso dos usuários, efetivação da integralidade, equidade e economia de escala e compõe uma regionalização da atenção à saúde. Para orientar a organização das redes de atenção à saúde, estabeleceu três tipos de regiões em ordem crescente de base territorial: município, microrregiões de saúde e macrorregiões de saúde. Atualmente, o espaço territorial do estado de Minas Gerais está dividido em 13 macrorregiões de saúde, 76 microrregiões e 853 municípios, segundo o PDR/MG (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Isso é ilustrado na FIG. 1.

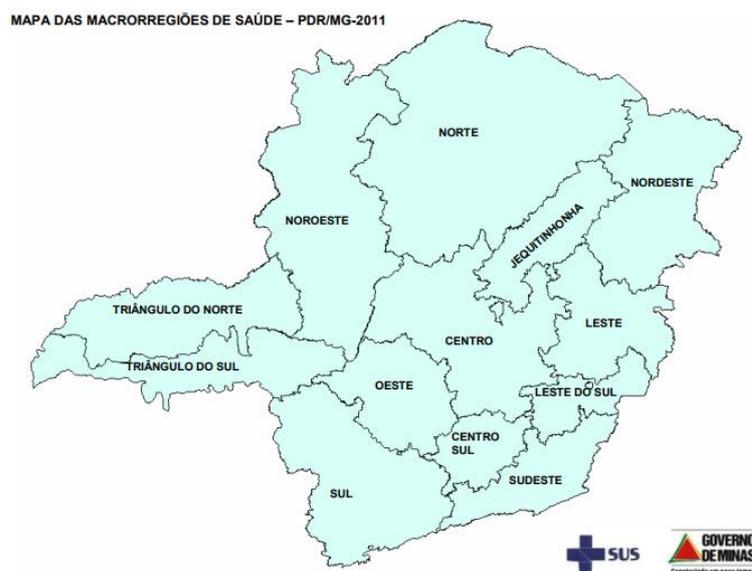


Figura 1 – Mapa das macrorregiões de saúde de Minas Gerais.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A macrorregião sudeste de Minas Gerais, cujo município polo é Juiz de Fora, é composta de oito microrregiões de saúde: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

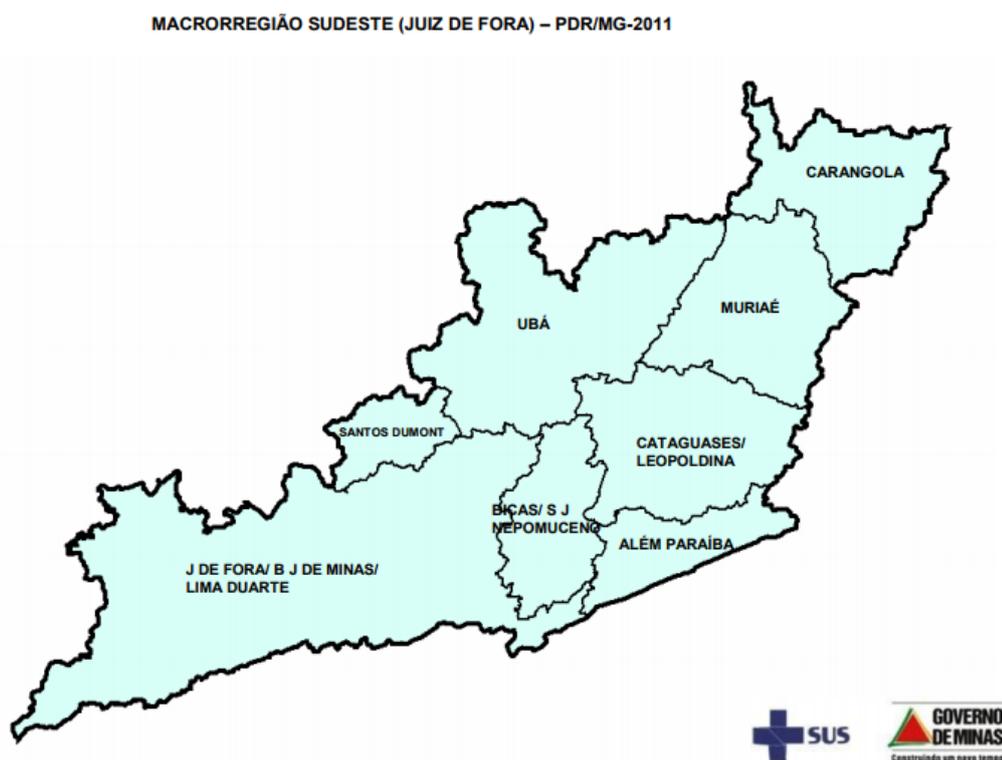


Figura 2 – Mapa da macrorregião sudeste de Minas Gerais.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A microrregião de Leopoldina/Cataguases é bipolar, assim, os dois municípios, Leopoldina e Cataguases, exercem atratividade nos serviços de saúde. Está inserida na macrorregião sudeste de Minas Gerais e possui extensão territorial de 2.851.399 km², população total de 174.479 habitantes. Essa microrregião compreende 10 municípios: Leopoldina, Recreio, Laranjal, Palma, Argirita, Cataguases, Astolfo Dutra, Santana de Cataguases, Itamarati de Minas e Dona Euzébia (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Assim, ilustra-se na FIG. 3 a microrregião Leopoldina/Cataguases.



Figura 3 - Mapa microrregional: Leopoldina-Cataguases.

Legenda: ▲ equipe de Saúde Bucal (eSB)
 ★ Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
 ● Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010; BRASIL, 2018).

4.2 COLETA DE DADOS

As técnicas utilizadas para coleta de informações foram entrevistas individuais com roteiro norteador semiestruturado, elaborado pela pesquisadora e a observação com registros em um diário de campo. A entrevista é um instrumento que ressalta a importância da linguagem e do significado da fala, pela qual se obtêm ainda informações sobre determinado assunto (MINAYO, 2014).

A entrevista é uma das técnicas de coleta de informações utilizadas na pesquisa qualitativa, estabelecendo um tipo de conversa esquematizada de acordo com sua finalidade. É uma estratégia de comunicação largamente utilizada, podendo ser estruturada ou não, na qual seu objetivo varia de acordo com o tema a ser estudado. A entrevista semiestruturada possibilita ao informante discorrer de

maneira espontânea e livre sobre o tema proposto, enriquecendo, dessa forma, o estudo, já que os fenômenos são descritos, explicados e compreendidos em sua totalidade (MINAYO, 2014).

O roteiro de entrevista ainda consta de uma ficha de identificação para conhecimento das características dos cirurgiões-dentistas participantes, possibilitando uma caracterização desses profissionais (APÊNDICE A).

As entrevistas foram gravadas em áudio (MP3) após a assinatura no Termo de consentimento livre esclarecido pelos participantes (APÊNDICE B) e, em seguida, as entrevistas foram transcritas na íntegra, corrigindo erros da língua portuguesa, mas com a cautela de não modificar as características básicas do texto e de seu significado.

Todas as entrevistas foram transferidas para um disco compacto (*Compact disc Rewritable* - CD-R). Este, junto com as falas transcritas e o diário de campo, será mantido com a pesquisadora por cinco anos após o término da pesquisa, sendo, ao final desse período, destruído.

Outro instrumento foi a observação com registro em diário de campo (APÊNDICE C). Essa técnica possibilitou o registro dos resultados de conversas informais com os participantes da pesquisa, que podem eventualmente ocorrer antes da entrevista ou após o desligamento do gravador. Permitiu também a anotação das observações de manifestações comportamentais dos participantes em relação aos pontos investigados pela pesquisa (MINAYO, 2014).

As entrevistas e as observações foram realizadas entre os meses de dezembro de 2017 e julho de 2018. Anteriormente à coleta de dados, foi solicitada autorização, por meio de uma declaração assinada pelo gestor municipal de saúde de cada município, para realização da abordagem inicial com os profissionais. Após autorização dos respectivos secretários de saúde, realizaram-se as entrevistas com agendamento prévio, via telefone, com as cirurgiãs-dentistas das ESFs. As entrevistas aconteceram após a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido pelas participantes.

Cada entrevista durou, em média, 33 minutos, totalizando 440 minutos de gravação. Após o término da gravação alguns participantes continuaram a conversa de forma informal, relatando questões importantes que puderam complementar as observações e os registros dos diários de campo. Um dos entrevistados pediu que

voltássemos a gravar, pois ele gostaria de complementar com questões que julgava serem importantes.

Em média, cada encontro com entrevista e observação teve a duração de quatro horas, totalizando 52 horas.

4.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 13 CDs da microrregião de Leopoldina-Cataguases que compõem as eSBs na ESF, com vínculo empregatício com o município de no mínimo um ano e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Segundo informações do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em setembro de 2017 a rede assistencial na microrregião Leopoldina/Cataguases possuía 49 eSBs inseridas nas respectivas eSFs. E em dezembro de 2017, sete eSBs foram descredenciadas, totalizando 43 eSBs e 43 CDs atuando na ESF (BRASIL, 2018).

No QUADRO 1 estão detalhados os números de eSB por município da microrregião.

Município	Nº de eSB
Argirita	01
Astolfo Dutra	04
Cataguases	08
Dona Euzébia	03
Itamarati de Minas	02
Laranjal	03
Leopoldina	14
Palma	03
Recreio	03
Santana de Cataguases	02

Quadro 1 - Quantitativo de equipes de saúde bucal na microrregião de Leopoldina Cataguases, por município, 2018.

Fonte: Brasil (2018).

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam afastados de suas atividades por motivo de licença de saúde ou férias no período da coleta de dados; aqueles que não se sentiram confortáveis em serem observados durante o desenvolvimento de suas atividades; ou os que se recusaram a participar da pesquisa a qualquer momento.

Cabe destacar que a referida região é composta de 10 municípios e participaram desta pesquisa CDs representando sete municípios, abrangendo eSB da zona urbana e zona rural. Em três municípios da região foi verificado que nenhum dos CDs da ESF possuía vínculo empregatício mínimo de um ano, dessa forma, não participaram desta pesquisa.

Para que seja preservado o sigilo dos participantes, eles foram identificados pela letra E, seguida pelos números arábicos consecutivos, em ordem crescente, de acordo com o número de entrevistados (E1, E2, E3, E4...).

As unidades básicas de saúde foram identificadas com a sigla de unidade básica de saúde (UBS) e as letras do alfabeto em ordem crescente (UBS A, UBS B, UBS C...), não correspondendo à ordem dos participantes.

Como se trata de pesquisa qualitativa, as entrevistas foram realizadas até obter-se saturação do conteúdo manifestado pelos participantes. Dessa forma, o número de participantes foi constituído à medida que sucedia a reincidência de informações. Após essa constatação, foram realizadas mais duas entrevistas para confirmação da saturação dos dados.

4.4 OS RISCOS E OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, como incômodos ou constrangimento em responder as perguntas, tomando tempo, além de poder, em algum grau, impelir a participação. Por esse motivo, se fosse percebido ou relatado incômodo ou constrangimento, seria indicado o imediato cancelamento da entrevista.

O participante poderia sentir leve desconforto durante a entrevista e na observação durante o desenvolvimento de suas atividades na equipe. Não houve interferência da pesquisadora em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como da intimidade. No caso de serem comprovados danos decorrentes da participação no estudo, a pesquisadora assume a responsabilidade.

Os resultados deste estudo possibilitaram mais conhecimento sobre a eSB no âmbito da ESF; a organização do serviço e o desenvolvimento de suas atividades; além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas, auxiliando no melhor desenvolvimento da eSB, além de contribuir para melhorias dos serviços prestados na área da saúde bucal para a população usuária das ESFs.

Toda pesquisa seguiu as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, e garantiu o anonimato e sigilo das informações. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, Parecer nº 2.450.217 (ANEXO A).

Faz-se necessário esclarecer que durante a realização deste estudo, a pesquisadora foi nomeada, após aprovação em concurso público, para atuar na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, na mesma região de saúde do cenário deste estudo. Dessa forma, sua visita às unidades pode ter sido considerada avaliativa por parte de algum participante, mesmo sendo esclarecido o teor ético do estudo e a garantia de confidencialidade. Este estudo permitiu à pesquisadora um contato mais profundo com esse cenário, possibilitando, assim, melhor compreensão e análise dos resultados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O método de análise utilizado nesta pesquisa foi a hermenêutica dialética. Em sua essência a hermenêutica busca a compreensão do sentido na comunicação, enquanto a dialética assume atitude crítica. A articulação entre hermenêutica e dialética é de grande importância, pois permite a valorização das complementaridades e divergências entre ambas. São técnicas que concordam que não existe observador imparcial, questionam o tecnicismo em prol do intersubjetivismo da compreensão e da crítica. A fala dos participantes é situada em seu contexto, possibilitando, assim, melhor compreensão. O investigador deve aprofundar no texto, analisando o que ficou inconsistente, criando relevâncias e acrescentando conhecimento novo (MINAYO, 2014).

Segundo Gomes (2014), o método hermenêutico dialético possui dois pressupostos: o primeiro diz respeito ao processo de produção de conhecimento, em que não existem consenso nem ponto de chegada; o segundo se refere ao fato de o conhecimento ser construído por meio de uma relação dinâmica entre aqueles que o praticam e a experiência adquirida na realidade concreta.

Na abordagem hermenêutica buscam-se as diferenças e semelhanças entre o âmbito dos participantes e do investigador, detalhando a compreensão dos fatos, dos relatos e das observações, agregando a essa reflexão todo o contexto histórico.

Dessa forma, existe o compartilhamento entre o mundo observado e o mundo do investigador (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012). Minayo (2014) ressalta que o entendimento de uma realidade que se expressa num texto, numa fala, também compreende o entendimento do outro, mas que essa compreensão não acaba em si, pois a interpretação é variável de acordo com a mudança do cenário.

E a abordagem dialética contribuiu para este estudo para melhor entendimento dos fatos, buscando os núcleos contraditórios nas falas, nos fatos, as controvérsias e para realizar uma crítica sobre ele (ALENCAR; NACIMENTO; ALENCAR, 2012).

A articulação das abordagens hermenêutica e dialética é um importante caminho para as pesquisas qualitativas, considerando-se que as abordagens se complementam, articulando a ideia do condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012; MINAYO, 2014).

Para a análise dos dados foram executados os seguintes passos: leitura exaustiva das entrevistas transcritas, ordenação dos dados, classificação dos dados, identificação dos núcleos de sentido e análise final, permitindo a visualização das categorias.

Após a identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas (unidades) relacionados ao núcleo correspondente foram recortados e organizados em um quadro de análise conforme Alencar, Nascimento e Alencar (2012).

	Núcleos de Sentido	E1	E2	E (...)	Síntese Horizontal
	↓				→
	Organização da atenção à saúde bucal				
	Atividades desenvolvidas				
	Integração profissional na eSF				
	Entendimento sobre integralidade				
	Prática da integralidade no seu cotidiano				
	Limitações e desafios para atingir integralidade				
	Potencialidades para atingir a integralidade				
	Síntese vertical				

Quadro 2 - Análise das entrevistas.

Fonte: adaptado de Alencar, Nascimento e Alencar (2012).

A organização do QUADRO 2 permitiu a síntese horizontal e vertical dos dados, além da sua leitura transversal. A síntese horizontal possibilitou analisar as falas de cada participante por núcleo de sentido, identificando, assim, as

complementaridades e diferenças de cada entrevistado. Já a síntese vertical obteve a ideia geral de cada participante sobre cada núcleo de sentido. A leitura transversal do quadro possibilitou analisar o confronto de ideias entre as percepções de cada participante, resgatando as questões norteadoras, os objetivos e o referencial teórico do estudo (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012).

Na etapa de análise final fez-se necessário estabelecer as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, promovendo a interação entre a teoria e a prática (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012; MINAYO, 2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

[...] você entra na casa do usuário e ouve a queixa, mas não é um dente que está doendo, é muito mais do que isso. Ou seja, é a gente ter esse olhar como ser humano e não só como dentista (E1 – Cirurgiã-dentista).

5.1 FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A maioria dos participantes estava em atendimento clínico quando a pesquisadora chegou às UBS para entrevista.

Todos os CDs faziam parte de uma eSB modalidade I, com um dentista e uma auxiliar de saúde bucal (ASB) e a eSF era composta de um médico (a) generalista, um enfermeiro (a), um técnico (a) de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e, em média, seis ACS. Algumas unidades contavam com um auxiliar de enfermagem e recepcionista. Conforme preconizado pela PNAB (2017), todos os servidores tinham jornada de trabalho de 40 horas semanais. Apenas um CD relatou que existia acordo com a gestão e, apesar de assinar que cumpre as 40 horas semanais, trabalha apenas 20 horas por semana.

A maioria das UBS nas quais a eSF e a eSB realizam suas atividades se organiza com atendimento das 07:00 às 16:00 horas, de segundas às sextas-feiras. Algumas unidades funcionam até as 17:00 horas e outras até as 21:00 horas em um dia específico da semana, com a finalidade de ofertarem atendimento noturno, para atender à saúde do trabalhador. No dia seguinte, os profissionais que ficaram na jornada noturna iniciavam suas atividades às 09:00 horas, respeitando o descanso constitucional de 12 horas.

De acordo com as observações e entrevistas, a maioria das UBS apresentava infraestrutura relativamente satisfatória ao atendimento.

A maioria das UBS observadas estava instalada em edificações construídas para esse fim. A UBS A estava instalada em uma casa adaptada para funcionar como unidade de saúde. Suas portas eram estreitas, sem acessibilidade, distante e desnivelada da rua, o que gerava dificuldade de acesso aos pacientes com mobilidade reduzida. Essa instalação seria provisória, porém já se encontrava há mais seis anos nesse imóvel. A unidade possuía apenas um banheiro, nos fundos, para atender os usuários, sendo o mesmo para homens e mulheres e sem

acessibilidade dos cadeirantes também. O consultório dentário possuía todos os equipamentos necessários aos atendimentos de AB, porém não estava funcionando em virtude de o compressor estar estragado havia quatro meses.

Cabe destacar as condições da UBS B, que fora construída para essa finalidade. Tratava-se de uma unidade relativamente nova, com boas condições, entretanto, sem qualquer climatização. A UBS era extremamente quente, com exposição solar durante todo o dia. Os aparelhos ventiladores foram comprados pelos funcionários, porém não eram suficientes para abrandar o clima. Nessa UBS o consultório odontológico encontrava-se no segundo andar, sem rampa de acesso ou elevador. A única ligação entre os pavimentos era uma escada, dificultando a acessibilidade aos idosos e aos pacientes com necessidades especiais. Registra-se o fato de que o atendimento aos cadeirantes apenas era possível se houvessem voluntários para pegá-los no colo e transportá-los até o segundo andar.

Foi relatado pelo CD que os atendimentos odontológicos no período da tarde foram suspensos, uma vez que alguns pacientes passaram mal durante o atendimento, devido ao calor extremo no consultório odontológico.

A unidade possuía dois bebedouros com defeito. Os funcionários traziam de casa água para eles próprios e para os usuários.

Já a outra UBS C passou por reforma recentemente, com condições satisfatórias de atendimento ao público. O consultório odontológico encontrava-se em funcionamento parcial, pois o sugador não estava funcionando. Dessa forma, diversos procedimentos estavam sendo cancelados. O contrato com a empresa que fazia os reparos nos equipamentos odontológicos venceu e a prefeitura encontrava-se em processo licitatório para uma nova contratação.

A UBS D também se encontrava instalada provisoriamente em outro estabelecimento de saúde do município, pois a unidade-sede estava em reforma, mas não comprometeu os atendimentos odontológicos, pois possuía um consultório que era revezado entre os profissionais.

Apurou-se que em algumas unidades os atendimentos clínicos estavam acontecendo de maneira limitada e até mesmo foram encontradas duas unidades (UBS A e UBS F) com atendimentos clínicos interrompidos devido ao não funcionamento de equipamentos. Como relatado por E9: “os equipamentos estão funcionando de forma precária. A caneta de alta rotação jorra água, eu molho o paciente todo [...]” (E9).

Todas as UBS eram informatizadas, porém em apenas duas (UBS D e UBS M) era disponibilizado um computador próprio para o consultório odontológico. Algumas unidades utilizavam prontuário eletrônico (UBS E, UBS G e UBS I). De maneira geral, o prontuário era de papel, sendo que o odontológico estava sendo anexado ao prontuário médico somente na UBS C. Sendo, dessa forma, disponibilizado a todos os profissionais que vierem atender o paciente. Nas demais UBS o prontuário odontológico ficava armazenado no próprio consultório, em algumas UBS (UBS A, D e M) observou-se sua organização por núcleo familiar e em outras ele era organizado por ordem alfabética (UBS B, F, H, J, K e L). De forma semelhante, essa organização dos prontuários também foi observada nos estudos de Baldani *et al.* (2018) e Rocha e Warmling (2016).

Apenas nas UBS F e J existia uma recepcionista, nas demais havia revezamento entre os ACS para exercerem essa função. Esse revezamento era organizado pelo enfermeiro. Em nenhuma unidade foi detectada a existência de um coordenador ou gerente da UBS. E em todas as unidades o (a) enfermeiro (a) era quem assumia essa liderança e tomava as decisões necessárias.

Apenas três municípios possuíam um coordenador específico de saúde bucal, todos os CDs desses municípios mencionaram ter relação interpessoal considerada satisfatória com a coordenação. Mas a ausência de um coordenador próprio da saúde bucal foi considerada um desafio para o alcance da integralidade da assistência nos outros municípios. Foram indicadas como entraves no desenvolvimento do trabalho as solicitações dos gestores, coordenadores da APS e secretários de saúde, para que os CDs realizassem atendimentos de pacientes que não eram da área de abrangência da ESF, atrapalhando o fluxo de atendimento. Salienta-se a alta frequência com que esses favores eram solicitados e que na maioria das vezes não eram casos de emergências e poderiam ser agendados em suas respectivas unidades.

De acordo com os CDs, vários insumos estavam em falta, prejudicando o atendimento. E10 declarou que comprava materiais e insumos para que a assistência em saúde bucal não seja interrompida. Foi referida a existência de materiais de qualidade inferior, como as resinas para restaurações em dentes anteriores, que estavam se soltando com grande frequência, o que fazia aumentar ainda mais a demanda. Outro exemplo lembrado por E3 foi o fio de sutura que, em vez de ser específico para boca, tem sido utilizado um próprio para abdômen.

Apesar das limitações encontradas, de maneira geral os funcionários apresentam-se satisfeitos com as condições de trabalho, com exceção de E10 e E11, que se manifestaram insatisfeitos com o baixo salário.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, apenas dois eram homens, confirmando, dessa forma, o aspecto da feminização encontrado entre os profissionais da área da saúde e a predominância do gênero feminino entre os estudantes de nível superior do país (COSTA *et al.*, 2010; MATOS *et al.*, 2013).

Foi elaborado um quadro síntese com as informações sobre as participantes da pesquisa.

Part.	Idade (anos)	Sexo	Tempo na ESF (anos)	Capacitação para ESF	Pós-graduação	EPS - modalidade
1	48		6	Não	Não	Sim - à distância e na equipe
2	35		6	Não	Saúde pública	Sim - à distância
3	32		8	Não	Cirurgia	Sim - à distância
4	58		7	Não	ESF	Sim - à distância
5	31		3	Não	Não	Não
6	24		2	Não	Não	Não
7	26		2	Não	Não	Não
8	28		2	Não	Ortodontia	Não
9	36		3	Não	Ortodontia	Não
10	26		1	Não	Ortodontia	Não
11	26		2	Não	Não	Não
12	59		7	Sim	Ortodontia	Sim - à distância
13	38		10	Não	Dentística	Sim - à distância

Quadro 3 - Caracterização dos participantes, 2018.

Part.: Participante

ESF: Estratégia da Saúde da Família

EPS: Educação permanente em saúde

Fonte: da autora.

Os participantes apresentavam idades entre 24 e 59 anos. A maioria na faixa etária de 25 a 35 anos, exercendo a função há mais de dois anos na ESF, o que favoreceu a construção de vínculos e relacionamento interprofissional com os demais membros da equipe, conforme é preconizado pela ESF (BRASIL, 2001).

Somente um dos entrevistados recebeu capacitação para atuar na ESF e apenas um com especialização na Saúde Pública, o que dificultou no início a organização do processo de trabalho em virtude da falta de entendimento da estratégia e do exercício profissional de acordo com os princípios e diretrizes

propostos da ESF e pela Portaria 267 de março de 2001, que dispõe sobre as atribuições específicas da eSB. Costa *et al.* (2011) também encontraram em seu estudo a baixa capacitação do CD para atuar na ESF.

Entre os participantes, destacam-se E4 que trabalhava na APS há 23 anos e E12 com 16 anos de atuação na APS. Esses participantes acompanharam as mudanças que ocorreram no modelo assistencial da atenção básica antes e depois da implementação das diretrizes da ESF e ambos demonstraram satisfação com o novo modelo assistencial. Outro aspecto importante é que a maioria dos CDs que possuíam pós-graduação, a possuíam em especialidade clínica, evidenciando o perfil clínico-curativo de escolha para continuidade de formação acadêmica.

Ao serem questionados a respeito da modalidade de Educação Permanente e Saúde (EPS) que realizavam, alguns dos entrevistados citaram a modalidade à distância. Apesar de se entender a importância dessa modalidade de educação profissional, a EPS é imprescindível para a organização do processo de trabalho, uma vez que o objetivo é buscar alternativas e soluções para os problemas de saúde reais apresentados e vivenciados pelos componentes das equipes. Ela oportuniza o processo de reflexão e transformação das práticas assistenciais nos serviços (FARAH, 2003). Apenas um dos entrevistados (E1) assinalou a modalidade de educação permanente na equipe. A ausência de espaços e da prática de educação permanente por profissionais de saúde bucal também foi evidenciado no estudo de Rocha e Warmling (2016).

Após exaustiva leitura dos dados, emergiram sete núcleos de sentido: organização da atenção à saúde bucal; atividades desenvolvidas pelo CD; integração profissional na equipe de saúde da família; entendimento sobre integralidade; prática da integralidade no seu cotidiano; limitações e desafios para atingir integralidade; e potencialidades para atingir a integralidade. Após a análise horizontal e vertical dos núcleos de sentido, foram identificadas três categorias: a organização do processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas na Estratégia da Saúde da Família; saberes e práticas dos cirurgiões-dentistas na Estratégia da Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade; o cotidiano dos cirurgiões-dentistas na Estratégia da Saúde da Família: potencialidades e desafios para a integralidade da assistência.

5.3 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Temos que dar o nosso melhor, pois a gente produz saúde e isso não dá para esperar [...] eu não me considero somente uma dentista, eu sou uma profissional de saúde, a minha função dentro da ESF é ser uma profissional de saúde. Ser só dentista é apenas dentes e eu não sou só dos dentes, sou muito mais que isso (E4).

A atenção à saúde bucal nas UBS se organizava por meio da demanda programada e espontânea na maioria das eSBs, corroborando estudos de Baldani *et al.* (2018) e Sá *et al.* (2017). Entretanto, três 3 CDs (E8, E9 e E10) não apresentaram critério algum para a organização da atenção em saúde bucal, quem chega é atendido no limite de vagas e por ordem de chegada. Verifica-se que a maioria dos dentistas atende à proposta de organização da assistência bucal proposta pela PNSB e pela ESF. A ausência de organização pela minoria dos participantes pode ser exemplificada com a fala de E 8: “marco todo mundo junto e sempre que tem vaga”.

A demanda espontânea entendida neste estudo refere-se aos pacientes que procuram a UBS com algum problema, sem estarem agendados. Os pacientes que iniciaram o tratamento, pela demanda espontânea, têm suas consultas de retorno agendadas para continuidade e conclusão do tratamento, sendo entendidos nesta pesquisa como demanda programada a partir do momento em que são agendados.

Em relação à organização da atenção em saúde bucal na ESF, a pesquisadora elaborou um fluxograma para melhor ilustrar, como pode ser observado na FIG. 4.

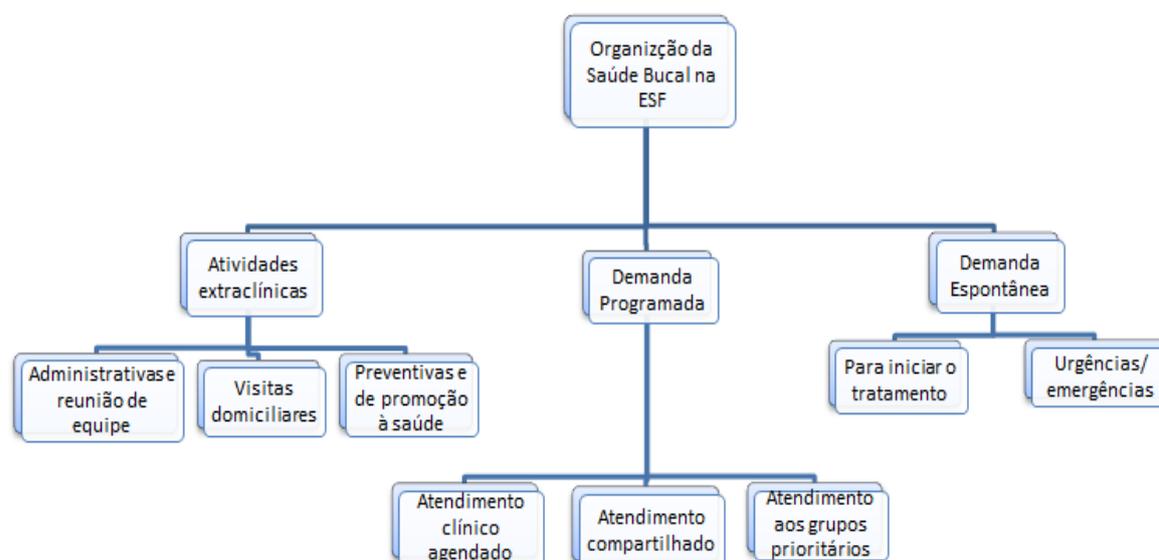


Figura 4 – Organização da saúde bucal na ESF na microrregião Leopoldina-Cataguases.

Fonte: a autora.

A ausência de planejamento é um desafio importante para a organização da atenção em saúde bucal, para que a assistência prestada não fique vinculada à demanda espontânea. Sob essa perspectiva, em 2012 o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), orientou o uso de agenda para reorganizar o processo de trabalho, a fim de promover a equidade e a integralidade das ações. A utilização de uma agenda possibilita a otimização do tempo e a programação das atividades baseadas nas necessidades de saúde identificadas na sua área de abrangência (BRASIL, 2012b). O estudo de Melo *et al.* (2016) reforça a importância da utilização da agenda de saúde bucal, possibilitando a reorganização do processo de trabalho e a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. Destaca-se a importância do planejamento das ações relatadas pelos participantes desta pesquisa, como expresso na fala de E4: “uma coisa que mudou muito meu trabalho é o planejamento. Tudo ficou mais organizado depois que passei a planejar. Aí eu já faço o planejamento da saúde bucal acompanhando a equipe da ESF”.

Cabe destacar que em nenhum dos municípios participantes desta pesquisa, existia uma agenda proposta pela gestão municipal. Dessa forma, cada CD tem autonomia para organizar a atenção em saúde bucal da sua UBS. Ficou claro neste

estudo que vários profissionais têm dificuldades para estabelecer critérios para a organização da demanda.

Como em nenhum dos municípios desta pesquisa existe normatização para a organização do processo de trabalho do CD, observou-se a diferença no atendimento da demanda espontânea: sem reserva de horário pela maioria dos CDs, apenas 3 CDs reservavam horário para esse tipo de demanda. Os demais atendiam entre os pacientes agendados e por ordem de chegada. Há que se esclarecer que esses atendimentos eram clínicos. Todos os participantes desta pesquisa se mostraram solícitos à procura pelos pacientes, como se pode comprovar nas falas:

Atendemos demanda espontânea, quando uma pessoa vem se queixando de alguma coisa, dependendo do turno do dia, estando tranquilo, a gente encaixa, ninguém sai sem atendimento, aqui a gente atende todo mundo (E12).

Sempre que ele procura a unidade, a gente acolhe, ele vai estar sempre chegando na minha sala e ele vai ter uma resposta ou vai ser atendido de imediato ou eu faço o que está mais incomodando (E4).

Geralmente é assim: usuário que chega até a unidade e pergunta pelo dentista, mesmo que eu esteja ocupada ou não tem a possibilidade de ter a vaga para tratamento ele sai com uma resposta, o usuário nunca fica sem resposta. Isso é uma cobrança que eu faço para os meus agentes e até para minha auxiliar, tem que ter esse acolhimento ou pelo menos tem que dar uma satisfação para o usuário (E13).

A Escola de Saúde Pública (ESP) de Minas Gerais, por meio do manual intitulado “Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde” (2006), orienta que a organização das formas de acesso do usuário na UBS deve se pautar na atenção à demanda espontânea e demanda programada (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006).

A demanda espontânea pode acontecer em qualquer horário, sendo que as situações de emergência devem ser atendidas de imediato pela equipe de saúde. As situações que não são caracterizadas como emergenciais devem ter a queixa avaliada pelo profissional. Este poderá prestar o atendimento imediato, agendar uma consulta ou encaminhá-lo para outro ponto de atenção, de acordo com a sua necessidade e também da disponibilidade do serviço. Já a atenção programada baseia-se no planejamento das ações de acordo com a necessidade da população de cada território (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006).

As ações programáticas relatadas pelos participantes mostraram que essas ações eram organizadas por grupos específicos. Dessa forma, a maioria das CDs desenvolviam atividades com gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças em geral e escolares. O atendimento aos trabalhadores foi citado por alguns participantes e era realizado em horário noturno, possibilitando mais acesso ao trabalhador.

A realização de atividades administrativas também foi relatada pela maioria dos CDs, com o planejamento das atividades em parceria com os demais membros da equipe. Apesar de não haver relato de todos os participantes, observou-se a realização dessas atividades administrativas pela pesquisadora durante a permanência na UBS.

[...] toda sexta-feira à tarde eu faço a parte burocrática de passar para o computador toda a produção da eSB (E3).

[...] a parte de digitação de produção, que seria a parte mais administrativa, eu faço na sexta-feira após a reunião de equipe, que o computador fica disponível para mim (E2).

Todas as ações e serviços realizados pelos profissionais de saúde foram registrados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). São meios de coleta, processamento, análise dos dados e transmissão da informação. Também é por meio das informações dos SIS que são feitos levantamentos das situações de saúde individuais e coletivas, além de serem utilizados no gerenciamento da alocação de recursos públicos.

No âmbito da demanda programada, uma atividade relevante destacada pelos CD foi a realização de visitas domiciliares (VD). Esse resultado difere do encontrado por Costa *et al.* (2011), cuja VD é realizada de maneira ocasional pelos profissionais de saúde bucal. As VDs são atividades rotineiras dos ACS e recomendadas para todos os profissionais da ESF (BRASIL, 2017) e especificamente para os profissionais da saúde bucal nas diretrizes da PNSB (2004). As VDs possibilitam ao CD, além da consulta clínica no domicílio, aproximação do profissional com o ambiente familiar, social e econômico de seus pacientes. A VD foi mencionada por alguns CDs, que a realizam rotineiramente aos acamados. E outros a realizam mediante a solicitação do ACS, como pode ser percebido nas falas:

As visitas aos acamados são realizadas normalmente quando tem demanda ou quando temos algum acamado sendo acompanhado com câncer bucal, como é o caso de um paciente que eu perdi [faleceu] que eu ia toda semana (E2).

As visitas domiciliares a gente tenta fazer toda segunda-feira (E7).

Uma vez por mês quando se faz a visita domiciliar a gente desce junto, dentista, enfermeira, a ASB e a agente comunitária que comece a área (E12).

Entre as atividades desenvolvidas, alguns participantes relataram a realização de atendimento compartilhado com os demais membros da equipe da ESF, conforme depoimento de E1:

[...] é realizado nos nossos grupos, onde toda equipe está trabalhando junto para atender a comunidade, os usuários de uma forma geral. Alguns casos com a enfermeira, por exemplo, na parte das gestantes, ela atende essa gestante e direciona ela para a saúde bucal, para a gestante também receber a avaliação da saúde bucal. Com médico também acontece da mesma forma, aqueles casos que ela julga ser necessário num primeiro momento ser avaliada por um dentista, ela encaminha esses pacientes (E1).

A VD e o atendimento compartilhado entre os profissionais da equipe são atividades recomendadas para os profissionais da ESF para o acompanhamento e continuidade da assistência a toda a população. Aos usuários com mobilidade reduzida ou acamados, torna-se prioritária a realização dessas atividades. Na saúde bucal tais atividades demonstram perspectivas na mudança do modelo assistencial de uma visão majoritariamente clínica para prevenção, promoção, cura e reabilitação (BRASIL, 2011).

Uma questão relevante e abordada por alguns participantes deste estudo foi o acolhimento dos pacientes que procuram a unidade com demanda de saúde bucal, diferenciado daqueles que procuram para demanda médica ou de enfermagem.

A prática do acolhimento é fundamentada no trabalho integrado, no comprometimento de todos os profissionais de saúde, e não apenas de um grupo, numa parte do processo de trabalho (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006). É primordial para a reorganização dos serviços com ênfase na integralidade, universalidade e equidade, além de propiciar um cuidado humanizado (SANTOS; ASSIS, 2006; TAVARES *et al.*, 2003).

O acolhimento não se restringe à ação de recepcionar ou triar os usuários. Ele consiste na humanização das relações entre os trabalhadores da equipe de saúde com seus usuários, reconhecendo o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde, com responsabilização mútua (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Segundo Franco e Merhy (2005), o acolhimento possibilita aos profissionais de saúde uma escuta qualificada, com abordagem integral daquela pessoa que entra na UBS, favorecendo o estreitamento dos vínculos.

O atendimento da recepção era realizado pelos ACS na maioria das UBS, pois apenas duas possuíam recepcionistas. O acolhimento deveria ser iniciado na recepção pelo ACS ou recepcionista, mas apenas na UBS B verificou-se esse acolhimento inicial. Nessa equipe o CD promoveu capacitação para que os ACS estivessem aptos para desempenharem essa função, sendo relatado pelo participante que essa prática foi responsável para melhorar a integração entre a eSB e a eSF.

Na maioria das unidades, o profissional que estivesse na recepção apenas recepcionava o usuário e chamava o ASB, que era o profissional que realmente iniciava o acolhimento desse paciente. Em algumas equipes observadas, nenhum profissional realizava nem o acolhimento, nem a recepção do paciente que procurava a unidade para uma demanda de saúde bucal. Diante desse cenário, a comunidade era orientada a entrar na unidade e bater na porta do consultório odontológico. Dessa forma, a ASB tinha que parar seu trabalho para acolher o paciente.

Quando eles [ACS] estão na recepção, eles não fazem o acolhimento para a saúde bucal, como se a saúde bucal fosse separado do PSF. Eles fazem o acolhimento para o atendimento médico e de enfermagem, mas como eu tenho uma auxiliar, eles acham que a ASB que tem que fazer esse serviço (E3).

A demanda da saúde bucal comumente é direcionada para que apenas os profissionais da eSB se envolvam, desde a recepção até a alta desse paciente (ROCHA; WARMLING, 2016).

As práticas cotidianas desenvolvidas pelos CDs foram classificadas em clínico-assistenciais, educativas, administrativo-gerenciais, de pesquisa e

participação popular. Foram solicitados que assinalassem em ordem crescente (1 a 5) as atividades que mais desenvolviam no seu cotidiano.

As atividades clínico-assistenciais foram descritas como as mais praticadas por todos. As atividades educativas ocuparam a segunda posição. As administrativo-gerenciais o terceiro lugar e as de pesquisa em quarto lugar. Não foram citadas as atividades de participação popular.

Em harmonia com outros estudos, a maioria dos CDs desta pesquisa também reportou o predomínio de atividades clínicas individuais. Isso demonstra a força do modelo curativista, individual predominante na atenção à saúde e na saúde bucal e a demanda reprimida por procedimentos clínicos, pois as pessoas procuram a UBS para sanarem necessidades clínicas (BOTAZZO, 2008; COSTA *et al.*, 2011; NEVES, 2016; ROCHA; WARMLING, 2016). Apenas um CD respondeu que, no momento da entrevista, o predomínio era de atividades preventivas e de promoção, justificando essa ocorrência com o fato de seu consultório estar com defeito.

O atendimento básico nosso e atendimento restaurador e as extrações (E2).

[...] a parte do atendimento clínico que é a parte que eu mais atuo aqui nesta ESF (E3).

Aqui eu faço mais atividades clínicas, porque nós somos muito cobrados, parece que só temos valor se tivermos atendendo, então a gente atende. Se a gente estiver programando alguma atividade educativa, eles falam que estamos à toa e perguntam o porquê de não ter marcado paciente. Eu acho que isso é uma dificuldade para eu sair do consultório (E9)

Em relação a atividades de reabilitação, apesar de os procedimentos de prótese dentária serem pertinentes à APS como forma de garantir a reabilitação da saúde, apenas três CDs realizavam tais procedimentos. A revisão da PNAB (2017) reforça a importância de tais procedimentos serem incluídos nas atividades cotidianas do CD na ESF: “eu faço tratamento clínico, faço próteses aqui também: prótese total e prótese parcial removível” (E8).

O país possui uma demanda reprimida histórica de saúde bucal. Também identificado nesta pesquisa, a demanda por atendimento clínico é significativa, sendo um dos desafios para o alcance da integralidade da assistência, que será abordado no decorrer deste trabalho. As duas pesquisas nacionais sobre a saúde bucal da

população brasileira (SB Brasil 2003 e 2010) já demonstraram essa realidade, seja pela provável insuficiência de atenção odontológica pública e/ou inserção tardia das eSBs na ESF (BRASIL, 2004b; 2012a).

A PNSB recomenda que 75% da carga horária do CD sejam destinadas a atendimentos clínicos e 25% às atividades administrativas, educacionais, de promoção da saúde, prevenção a doenças e para a educação permanente (BRASIL, 2004a).

A maioria dos participantes realizava atividades educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças para toda a população adscrita. E apenas três CDs executavam tais atividades exclusivamente aos escolares. O resultado deste estudo diverge do encontrado por Pereira *et al.* (2017), Faccin, Sebold e Carcereri (2010) e Santos e Assis (2006), cujas atividades extraclínicas do CD se limitavam a escolares. Esse fato mostra uma mudança no processo de trabalho proporcionada pela ESF e atendendo às recomendações da PNSB.

Alguns CDs afirmaram que não realizam forma alguma de pesquisa, seja para traçar o perfil epidemiológico da população adscrita, seja pesquisas intelectuais para melhorar o processo de trabalho. Esse resultado coaduna com os achados de Pereira *et al.* (2017), Aquilante e Aciole (2015) e Costa *et al.* (2011), em que a maioria dos participantes não realizava levantamento epidemiológico do seu território.

Acusou-se que as CDs não referiram participação nos conselhos locais e municipais de saúde, nem em organizações não governamentais comunitárias nem atividades e movimentos de participação da população. Essas atividades não são comuns entre os profissionais da SB. Dessa forma, os dados deste estudo coadunam com os de Andraus *et al.* (2017), Pereira *et al.* (2017), Rocha e Warmling (2016), Aquilante e Aciole (2015) e Almeida, Silva Alves e Leite, (2010), reforçando a necessidade de aumentar participação popular e o controle social no âmbito da saúde bucal. Em relação aos conselhos de saúde, Botazzo (2007) acentua a importância desse espaço conquistado por meio de lutas democráticas e populares, pois é nele que defendemos o sistema de saúde público, universal, democrático, equitativo e incluyente e “por isso é nosso dever defendê-lo e contribuir para sua construção e desenvolvimento” (BOTAZZO, 2007 p. 23).

Uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira foi a institucionalização de órgãos colegiados no SUS, dando voz e poder com

representação paritária a usuários em relação aos prestadores e ao governo, como regulamentado na Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b; SZPILMAN, 2010). Um dos princípios reforçados para a ESF na PNAB (2017) é que não se realizam nem se implementam modelos de saúde sem a participação da população. Portanto, a participação dos CDs nessas instâncias os aproxima do entendimento das necessidades de saúde da população e da formulação do planejamento das ações de saúde dos municípios.

Em relação à integração profissional, a maioria dos CDs realizava o trabalho em equipe, com boa relação interpessoal entre os profissionais. E grande parte dos participantes demonstrou dificuldades na integração com os ACS. Apenas um dos participantes recebeu capacitação para atuar na ESF e apenas E2 possuía especialização em Saúde Pública.

[...] nós não temos uma integração muito boa com os ACS. Fica um pouco a desejar... Então a gente acaba sem ter nenhuma ligação com eles. Se a gente precisa falar com algum paciente, a gente tenta ligar, a minha ASB que resolve isso pra mim, porque se pedirmos para eles [ACS] darem algum recado, eles falam que naquele mês já passaram por aquela casa e que não vão [voltar lá] novamente (E3).

“Parece que as ACS não gostam da gente dar serviço para elas, falam que é mais um serviço para elas”. Não acho que é sobrecarga de trabalho, acho que falta boa vontade e acreditarem no nosso serviço também (E4).

Em algumas UBS avaliadas, os ACS assumiam o papel de elo entre a comunidade e a equipe de saúde, como proposto pela ESF (PNAB, 2017). Dessa forma, percebeu-se nas falas dos participantes uma evolução em sua prática profissional e no trabalho em equipe em busca pela integração com a equipe, demonstrando movimento de aproximação com o modelo da ESF.

Quando os ACS têm algum paciente para marcar ou está acontecendo alguma coisa [que eles observam nas VDs] eles vêm até mim e me pedem, nós temos uma ótima integração (E8).

Em relação à equipe, eu não tenho dificuldade nenhuma, se precisar de dar um recado, os ACS transmitem o recado e me dão retorno, eles têm o domínio da área muito grande essa comunicação do agente comunitário comigo é muito tranquilo (E13).

A integração com a equipe de agentes comunitários também é boa, são eles que fazem a marcação do CEO, e elas também trazem informação da população, como o pedido de visitas domiciliares geralmente são pedidas por eles ou pela enfermeira (E5).

A capacitação para a saúde da família poderia permitir a compreensão dos princípios e diretrizes do modelo de atenção proposto pela ESF e a importância da integração profissional e do trabalho em equipe interdisciplinar.

A educação permanente é uma ferramenta proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Além disso, é uma oportunidade de os profissionais conversarem, se conhecerem e trocarem as informações e experiências, que contribuem nas relações interpessoais, na resolução de problemas da equipe de saúde de forma integrada. Portanto, acredita-se que a educação permanente é um importante dispositivo a ser implantado para as equipes, pois auxilia na organização do processo de trabalho, uma vez que emerge do cotidiano das práticas, sendo uma potencialidade para a conquista da integralidade da assistência.

A maioria dos CDs realizava trabalho em equipe multiprofissional com os mesmos usuários sendo atendidos de forma sequencial entre os profissionais. Verificou-se, dessa forma, a busca pela integração e inserção do CD nas atividades da eSF. Mesmo que de forma incipiente, percebeu-se a busca pela integralidade da assistência.

Na terça de manhã realizamos a puericultura e o acompanhamento dos recém-nascidos. Quarta-feira eu reservo para as gestantes, na parte da manhã para coincidir com a parte da enfermeira, que é o pré-natal da enfermagem, porque se marcar outro dia, a chance de faltar é muito grande (E2).

A ESF propõe o trabalho multiprofissional, uma vez que as necessidades sociais de saúde da população vão além de um saber específico de uma categoria profissional (BRASIL, 2017).

Destaca-se que alguns CDs não realizavam atendimento compartilhado. Estes apenas adequavam a agenda para coincidir com os outros profissionais no atendimento aos grupos prioritários. Entretanto, não eram os mesmos pacientes que

eram atendidos pelos diferentes profissionais. Por exemplo, no turno de atendimento às crianças, todos os profissionais estavam com crianças agendadas, mas não atendiam as mesmas crianças.

Para efetivação do trabalho em equipe interdisciplinar, como proposto pelas diretrizes da PNSB e da ESF, este deve ser pautado na integração das equipes de saúde bucal com os demais membros da equipe da ESF e não se comportarem como uma equipe dentro de outra equipe ou como apêndice da outra (AQUILANTE; ACIOLE; 2015).

O trabalho em equipe interprofissional era realizado pela maioria dos CDs nas atividades educativas. Já o atendimento clínico compartilhado foi relatado por alguns dos CDs. Esses atendimentos eram destinados a alguns grupos prioritários, como gestantes, e à puericultura, demonstrando, assim, um avanço na organização do processo de trabalho desses profissionais, pois a maioria deles antes da implementação da ESF realizava de forma isolada o atendimento clínico e esporadicamente atividades educativas específicas da SB para escolares. O trabalho em equipe multiprofissional pelos CDs, com ações realizadas com os demais membros da equipe, também foi documentado nos estudos de Cruz *et al.* (2008) e de Costa *et al.* (2011).

Qualquer atividade ou campanha que seja feita a gente faz questão de incluir a Odontologia, principalmente nas atividades educativas. Acho que a maior integração nossa acontece nas atividades educativas e na parte de puericultura e gestantes (E2).

A gente tenta adequar com a realidade da médica e da enfermeira, exemplo preventivo, as pessoas que estão no preventivo a gente atende, o mesmo com as gestantes, difícil dá um brechinha, mas a gente tenta estar aqui, aproveita que a gestante veio ao médico e tento fazer um atendimento nela [...] (E12).

Nós fazemos atendimento compartilhado com as crianças e com as gestantes, aí quando elas vêm para o atendimento da enfermeira elas passam por mim também (E13).

Peduzzi (2001) reforça a importância da articulação e integração entre os membros de uma equipe de saúde. É nesse contexto que a autora traz o sentido diferencial entre uma equipe de agrupamento de uma equipe integração. Não apenas como um agrupamento de profissionais, mas uma equipe integrada que

oportuniza o rompimento com a fragmentação do cuidado, corroborando a proposta de integralidade da assistência.

Ainda como demanda programada, foi citada pela maioria dos profissionais a participação em reunião de equipe. Apenas E10 relatou que nunca participou de alguma reunião de equipe. Esse resultado diverge dos estudos de Faccin, Sebold e Carcereri (2010), que evidenciaram baixa participação dos profissionais de saúde bucal nas reuniões de equipe da ESF. A reunião de equipe é uma oportunidade de encontro dos profissionais para discutirem assuntos pertinentes à saúde da população no território de abrangência da ESF, buscando em equipe a melhor intervenção para cada problema. Possibilita, ainda, a programação em conjunto de suas atividades, além de propiciar o fortalecimento das relações interpessoais.

Nas perspectivas de Silva *et al.* (2005) e Kantorski *et al.* (2009), a reunião de equipe foi considerada uma ferramenta que contribui para o alcance da integralidade, uma vez que ela possibilita articulação entre os saberes dos vários profissionais, favorecendo a construção de um processo terapêutico integral.

Um participante desta pesquisa informou que a equipe não o convidava para as reuniões, alegando não existirem assuntos pertinentes à saúde bucal, mas que após uma conversa entre eles ficou acordado que realizariam ao menos uma reunião mensal com toda a equipe.

Eles não me chamavam [para algumas reuniões], pois falavam que não ia falar de Odontologia, mas eu não concordo. Acho que se a equipe tem saúde bucal, eu deveria poder participar de todas as reuniões (E13).

A nossa integração acontece nas nossas reuniões de equipe. Normalmente na primeira sexta-feira do mês nós fazemos um cronograma com todas as atividades da equipe de enfermagem com a equipe médica, incluindo a equipe de saúde bucal (E2).

As dificuldades na inter-relação profissional têm sido identificadas como um importante entrave a ser superado no trabalho em equipe na ESF (COSTA *et al.*, 2011; MATTOS *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que historicamente o CD se limitou a atuar dentro do consultório odontológico ou no máximo em atividades preventivas a escolares. Essas atividades em sua maioria eram planejadas isoladamente ou com os membros da própria eSB (ASB e TSB). A inclusão dos CDs nas ações de

planejamento, assim como no trabalho em equipe, foi oportunizada pela ESF e é relativamente nova para essa categoria profissional. Essa segregação da eSB ou do próprio CD também foi revelada neste estudo por diversos profissionais entrevistados, seja pelas dificuldades nas relações interpessoais, mas também justificada pela grande demanda por atendimento clínico.

Não estamos muito integrados não. Apesar de sermos uma equipe dentro de outra equipe, nós deveríamos ser uma equipe única (E4).

Nós temos uma boa integração. Mas os dentistas ficam mais no mundo do consultório, porque sempre tem paciente para atender e a demanda é grande, além de ter que ir nas escolas (E7).

A meu ver não tem integração da equipe da ESF com a equipe de saúde bucal não. É como se fossem duas coisas separadas (E11).

Não tenho problema em relação ao trabalho com a equipe, mas o que eu vejo assim em relação ao trabalho geral é o dentista fica muito isolado na sala ele fica muito preso dentro da sala, por conta da demanda que é muito grande (E13).

Ainda que o isolamento dos CDs tenha sido evidenciado neste estudo, detectou-se que em algumas unidades existe boa relação interpessoal e integração profissional, demonstrando uma perspectiva de mudança no modelo de processo de trabalho.

Reforça-se a importância da participação de todos os profissionais, uma vez que o trabalho em saúde é coletivo e deve ser realizado com o comprometimento de todos os profissionais de saúde na organização do processo de trabalho, para que o resultado seja uma assistência de qualidade, com foco na integralidade da atenção. Para que se concretize esse modelo assistencial de saúde existe a necessidade de reconfiguração da área relacional e das identidades profissionais, vislumbrando o trabalho em equipe, sendo fundamental que o CD e todos os outros profissionais da equipe de saúde encontrem sentido no seu trabalho, para que possam desenvolver suas atividades.

5.4 SABERES E PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE INTEGRALIDADE

Acho que é tentar resolver o problema num todo. Não só da saúde bucal, acho que dentro de uma unidade de ESF temos que pensar num conjunto, não só a parte assistencial odontológica, médica ou de enfermagem. Acho que é garantir ao paciente o resultado que ele precisa e tentar intervir num todo, na garantia da qualidade física e mental da saúde dele também e da parte social, que é essencial também (E13).

Ao serem indagados sobre a sua percepção a respeito do significado de integralidade, todos os CDs entenderam que a integralidade era alcançada no trabalho em equipe e na compreensão da multideterminação social do processo saúde-doença dos indivíduos e suas necessidades. Os CDs manifestaram entendimento da integralidade da assistência ao referirem que a integralidade era ver o indivíduo como um todo, além de compartilhar e trocar informações com os demais profissionais da equipe.

Tem que receber o usuário, primeiro ouvir o que ele precisa, ouvir suas necessidades e a partir daí a gente tem que dar uma solução para ele. A gente tem que resolver em vários sentidos, atender ele como um todo. É isso que eu enxergo, a gente tem que resolver o problema dele de acordo com a realidade que ele vive e então enxergar ele como um todo para poder ajudá-lo (E3).

A integralidade é ver o paciente como um todo e não ver apenas a boca. É a gente sentar médico, enfermeira e dentista e passar por nós, entrar num consenso, discutir um caso. Não só meu caso, mas até nos meus casos, se eu tiver com um caso de boca, sentar com os outros dentistas e chegar num consenso. Acho que é isso, ver não só uma boca, mas ver no geral (E6).

Este resultado diverge dos achados no estudo de Pereira *et al.* (2017), no qual os CDs limitavam o entendimento a respeito da saúde bucal aos dentes e às doenças odontológicas.

Percebe-se, assim, um progresso na compreensão nos sentidos da integralidade pelos participantes desta pesquisa, uma vez que historicamente os profissionais de saúde bucal têm limitado suas atividades à boca e aos elementos dentários (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI; 2010; SANTOS; ASSIS, 2006). Essa evolução estava presente na análise vertical das entrevistas, como também na análise horizontal. Para alguns CDs, a evolução estava mais evidenciada na

assistência e para alguns já direcionava para a compreensão dos demais sentidos da integralidade proposta por Mattos (2004).

Para se alcançar a integralidade da assistência, essencialmente faz-se necessário que o profissional amplie seu olhar para além da boca, para além da saúde bucal, possibilitando, assim, o rompimento com as práticas hegemônicas, com melhor organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, com melhorias nos serviços prestados à população.

Observou-se que a maioria dos CDs entendia a integralidade no sentido das boas práticas profissionais (MATTOS, 2004), coadunando com o entendimento de integralidade clínica proposta por Botazzo (2008), reconhecendo-a como um princípio fundamental do SUS, o qual garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Esta pesquisa procurou compreender a dimensão da integralidade da assistência, entretanto, pode-se verificar que alguns CDs foram além dessa dimensão, abordando os demais sentidos da integralidade propostos por Mattos (2004). Alguns CDs se apropriaram também do sentido organizativo da integralidade (organização das práticas) e outros remeteram à importância de respostas governamentais aos problemas de saúde – dimensão política da integralidade.

Se o objetivo final é ter saúde, como posso produzir saúde se eu preciso da atenção secundária e ela não está funcionando? A integralidade é isso: são todos os pontos [de atenção] funcionando. Se você conseguir encaminhar e o paciente te dar um retorno, é isso que é importante, porque é aqui que ele vai dar continuidade ao tratamento. Muitas vezes eles não voltam, ele vai, mas ele tem que voltar, porque a porta é a atenção primária (E4).

Eu vejo o princípio da integralidade de duas formas. A primeira é o indivíduo ser atendido de forma integral nos diferentes níveis de complexidade, desde a atenção primária até o nível terciário, começando aqui pelo posto de saúde e, se for preciso, encaminhar esse paciente para um nível maior de complexidade para que ele tenha um cuidado completo para todas suas necessidades. A segunda forma que eu vejo a integralidade é o tratamento do indivíduo, do ser humano como um todo, não se preocupando apenas com o tratamento bucal ou só com os dentes, mas olhando esse paciente como um todo, com suas emoções, seus hábitos, sua cultura, a sua família, o ambiente onde ele vive ou trabalha... é enxergar o paciente em sua totalidade (E11).

Não podemos focar só na saúde sem pensar na área social. Aí eu penso que a integralidade envolve, além de nós, profissionais da saúde, mas a gestão também. A gestão é extremamente importante na integralidade, que é muito ampla (E13).

Isso demonstra a compreensão da integralidade pelos CDs para além da assistência. É importante considerar que não se realizam mudanças de modelos assistenciais vislumbrando apenas a prática profissional, é necessário que os gestores entendam e possibilitem, por meio de ações e políticas públicas, a efetivação de modelos assistenciais integrais.

Ao ser questionado a respeito da maneira como contemplavam a integralidade no cotidiano de sua prática profissional, a maioria dos participantes relatou que abordava o indivíduo em sua totalidade, como um todo. E que para o alcance da integralidade da assistência existe a necessidade de continuidade do tratamento nos demais níveis de atenção.

Atender esse paciente com um ser humano que entra e que tem várias necessidades. É essa troca que eu acho que tem que existir entre os profissionais, seja médico, seja dentista, seja enfermeiro, é a gente olhar o paciente como um todo (E1).

Em relação ao meu trabalho, eu tento resolver tudo o quê eu posso para aquele paciente. E agora eu trabalhando muito no retorno desses pacientes, insistindo que eles voltem e busquem o atendimento não só quando estiverem com problemas, mas na parte educativa e preventiva também, insisto para eles retornarem depois de seis meses. Agora estou fazendo o controle disso, antes o paciente terminava o tratamento e pronto, agora eu já anoto num caderninho e o ACS já passa na casa de se paciente e avisa quando ele deve voltar (E13).

Infere-se dessas falas a importância da longitudinalidade, assim como a continuidade da assistência, princípio fundamental da APS, estabelecendo o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo pelos profissionais da equipe de ESF (STARFIELD, 2004; TESSER *et al.*, 2018). Percebeu-se que a maioria dos CDs participantes desta pesquisa buscava desenvolver seus processos de trabalho pautados nos atributos da APS como o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação entre os níveis de assistência, além dos atributos específicos de focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004).

Alguns CDs reconhecem a necessidade do trabalho multiprofissional da saúde para o desenvolvimento da integralidade, por compreenderem e associarem ao conceito de saúde ampliado.

A maioria dos CDs expressou que compreendia e praticava a integralidade ao ultrapassar limites bucais e se atentar para outras necessidades, como as emocionais e sociais, demonstrando evolução na compreensão do modelo assistencial proposto pela PNSB e ESF.

Como é o caso de que às vezes a gente se depara com um paciente que precisa de um atendimento psicológico ou um atendimento nutricional ou com assistente social. Então a partir dessa consulta [odontológica], esse paciente pode ser encaminhado para outras áreas, não só enfermagem ou médica, mas também para outras áreas que abrangem a saúde como um todo (E1).

Encaminho, por exemplo, para parte psicológica, para o CRAS [Centro de Referência de Atenção Social] e para o CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] (E12).

Segundo os profissionais entrevistados, compreender o ser humano como único e integral, com suas necessidades e particularidades, ampliando o olhar para além dos seus problemas de saúde, era imprescindível para a produção do cuidado e alcance da integralidade.

Nessa perspectiva retomam-se os pressupostos de Merhy (2002) de que o trabalho em saúde é vivo em ato, com as tecnologias leves possibilitando a humanização do cuidado, valorizando as relações para criação de vínculos e possibilitando compreender as necessidades de saúde daquele indivíduo (MERHY; FEUERWERKER, 2016). Destaca-se o avanço na atuação profissional de um modelo de atenção pautado no problema de saúde para um modelo focado nas necessidades de saúde.

A atenção às necessidades de saúde do usuário é um dos pressupostos para nortear o processo de trabalho na ESF e uma potencialidade para se buscar um modelo de saúde pautado na integralidade (CAMPOS *et al.*, 2012; MATTOS; 2004). Perceberam-se nas falas dos CDs o comprometimento em atender às necessidades dos seus pacientes, não se limitando a solucionar os problemas de saúde apresentados como queixa principal. Percebeu-se, assim, o empenho dos profissionais no desenvolvimento de tecnologias leves, relacionais.

[...] acho que é isso mesmo, de tentar entender as necessidades reais daquela pessoa, a parte odontológica é uma parte importante, mas existem “N” motivos para a pessoa estar com algum mal ou algum problema e a gente tentar olhar o ser humano como um todo, se ele tem família, se tem problemas em casa, problemas financeiros. E que tudo está colaborando para aquela pessoa ser difícil de conviver, de entender o que você fala, de você pedir um certo exame e aquela pessoa ficar arredia, porque você não sabe na verdade a raiz daquele problema (E2).

Não acho que dentista tem se envolver só com a Odontologia ou a enfermeira só com a Enfermagem, acho que um dentista pode sim ajudar numa campanha de vacina, pode pedir cartão de vacina para os usuários e verificar se está completo. Então eu acho que tem várias formas de todos os profissionais da equipe participarem de todo o processo de trabalho dentro de uma unidade de ESF (E13).

Um aspecto apresentado por alguns CDs é que eles se comprometiam a realizar todo atendimento clínico que poderiam oferecer aos usuários naquele nível de atenção e encaminhavam para outros profissionais quando necessário.

[...] a questão odontológica que cabe a mim, eu resolvo. Mas se eu vir que ele está com algum problema de saúde ou alguma coisa errada, dou uma orientação para ele ou encaminhamento para o médico ou o enfermeiro. Às vezes a pessoa tem algum problema psicológico, porque você sabe: a gente é dentista e eles falam da vida toda aqui, se abrem, então no que eu puder, eu tento encaminhar ou conversar com um colega de trabalho pra ver o quê que pode fazer para ajudar (E3).

No nosso atendimento a gente tenta contemplar a integralidade ao oferecer ao paciente um atendimento completo, na medida do possível (E11).

Abstraiu-se, assim, a importância do trabalho em equipe, como exemplificado na fala dos participantes, que ao compreenderem outras necessidades de seu paciente, encaminharam a outros profissionais. Essa produção do cuidado apenas se torna possível com o profissional atento às necessidades não ditas e podendo contar com uma equipe de outros profissionais para referenciar.

Dessa forma, outra ferramenta utilizada pelos participantes desta pesquisa para alcançar a integralidade em sua prática cotidiana foi a realização do trabalho em equipe. Apesar dos entrevistados entenderem a importância do trabalho em equipe interprofissional, percebeu-se ainda o trabalho em equipe multiprofissional. O trabalho em equipe vislumbrado pelas diretrizes da ESF é pautado na integralidade e vai além de um grupo de profissionais exercendo cada um sua

função, caracterizando fragmentação nos processos de trabalho. O trabalho em equipe deve se realizar de maneira interprofissional, interdisciplinar, integrando os processos de trabalho, com foco no paciente e suas necessidades, com interação tanto na dimensão comunicativa, quanto na ação dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe é conceituado como primordial para o alcance da integralidade da assistência (BOTAZZO, 2008; SANCHES *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017; TESSER *et al.*, 2018), contudo, a integralidade deve contemplar e ultrapassar os fatores terapêuticos. As diretrizes da ESF, com a inclusão da saúde bucal, possibilitou a interdisciplinaridade, favorecendo o rompimento com a fragmentação da assistência, resquício do modelo taylorista de assistência odontológica (BOTAZZO, 2008; MOREIRA; MORAES, 2017; SANTOS; ASSIS, 2006).

Em relação à prática, pode-se inferir que as diretrizes da ESF e da PNSB possibilitou melhor organização do processo de trabalho dos CDs, com mais comprometimento dos profissionais no atendimento das necessidades de saúde de seus usuários e melhorias na assistência prestada à população. Cabe destacar que ainda se fazem necessários mais investimentos na capacitação dos profissionais envolvidos, para melhor organização de seus processos de trabalho, com incentivo ao trabalho em equipe interprofissional.

5.5 O COTIDIANO DO CD NA ESF: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Na atual conjuntura do país, a integralidade está muito difícil... conseguir tudo que o paciente precisa é muito difícil, então a gente tenta conseguir o máximo dentro da unidade da ESF. Se o paciente precisa de um tratamento de canal, ele vai ficar em torno de seis meses a um ano esperando vaga, ele acaba perdendo esse dente, tendo que extrair, aí para ele conseguir a prótese para reabilitação, vai demorar mais de um ano... cadê a integralidade? Eu fiz o que eu pude, mas é uma questão muito maior, depende da gestão, de recursos financeiros, evolve uma coisa muito maior (E13).

A APS é coordenadora da rede de cuidados no SUS. Uma APS organizada, resolutiva e integrada aos demais pontos dessa rede promove a continuidade e longitudinalidade da assistência. Como observado na fala de E13, a integralidade da

assistência esbarra em diversos desafios no cotidiano da prática do CD na ESF. A existência de uma rede de cuidados articulada viabilizaria a continuidade da assistência, sendo, assim, primordial para o alcance da integralidade. E nessa perspectiva os CEO constituem importante ferramenta, possibilitando aos CDs da APS o encaminhamento para sanar as necessidades de atendimento especializado.

A maioria dos entrevistados defende que a dificuldade de encaminhamento para atenção secundária foi um importante desafio para o alcance da integralidade. E que as cotas disponibilizadas para o CEO eram insuficientes. Eles justificaram que profissionais que não cumprem a carga horária estabelecida dificultam o referenciamento para os especialistas.

A gente tem o CEO dentro da cidade, a gente tem um polo de saúde, mas que não funciona, a gente tem uma cota de consultas, principalmente para endodontia e exodontia, que são demandas grandes, a prótese tem uma demanda enorme, que a gente não consegue enxugar nunca, a gente nunca consegue dar o tratamento concluído para o paciente. Acredito que o CEO e o polo não funcionam por falta de carga horária que não é cumprida principalmente, os profissionais eram para cumprir 20 horas e não cumprem nem 10 horas, ficam lá de 07:00h às 16:00h em um dia da semana e vão embora (E2).

[...] o profissional só está atendendo uma vez por semana, aí se eu tenho um diagnóstico de lesão de boca na terça e o dentista atende apenas na segunda, e é um possível câncer de boca, ele só será avaliado na outra semana (E3).

Muitas vezes a gente encaminha o paciente, mas demora tanto para o CEO disponibilizar uma vaga que o paciente perde o dente, como acontece quando encaminho um paciente para fazer canal, que demora tanto que o dente acaba quebrando antes desse paciente ser marcado para consulta (E11).

Dessa forma, percebeu-se que os entraves na organização dos serviços e as dificuldades de efetivação das políticas públicas influenciam a integralidade da assistência. Assim, os sentidos da integralidade são interdependentes e indissociáveis (BOTAZZO, 2008; MATTOS, 2004; NARVAI, 2005). Os desafios devem ser vencidos, porém, como reportado por Mattos (2004), só poderá ser atingida a integralidade se houver compromisso e responsabilidade dos profissionais nas três dimensões do cuidado à saúde integral: gestão, nas boas práticas de saúde e na política. Não se pode responsabilizar somente os profissionais pelo não cumprimento da integralidade, pois não cabe somente a eles o desenvolvimento

desse princípio, porém existe a necessidade do comprometimento dos CDs com a efetivação dessas políticas.

Kitamura *et al.* (2016), ao avaliarem a satisfação dos usuários dos CEOs da macrorregião sudeste de Minas Gerais no ano de 2013, constataram que a média de espera para início do tratamento foi de 63,1 dias. Apuraram que houve demanda sendo atendida no mesmo dia, reportando também a espera de até 1.080 dias para o atendimento. A maior espera foi observada na especialidade de Endodontia. Nas demais especialidades a maioria dos usuários aguardou menos de 30 dias.

Assim como evidenciado nesta pesquisa, outros estudos também registraram essa fragilidade nos mecanismos para referenciar para atenção especializada, dificultando a integralidade da assistência (CRUZ *et al.*, 2008; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MOREIRA; MORAES, 2017; PEREIRA *et al.*, 2017).

A atenção secundária em saúde bucal no Brasil foi organizada e estruturada a partir da criação e implantação dos CEOs, que são estabelecimentos de saúde que prestam serviços de média complexidade em saúde bucal com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as eSBs da atenção básica, seja da ESF ou para outras unidades de APS. Dessa forma, os serviços especializados complementam o trabalho das eSBs, responsáveis pelo primeiro atendimento, coordenação dos cuidados e acompanhamento dos usuários (BRASIL, 2006b).

Giovanella *et al.* (2009) indicam que houve avanços na integração da ESF à rede assistencial, permanecendo as dificuldades de acesso a outros níveis de atenção. O estudo de Aquilante e Aciole (2015) reporta que as dificuldades no referenciamento para a atenção especializada são grandes limitações à integralidade, cujo tempo de espera para o atendimento especializado deixa o paciente em situação de mais vulnerabilidade, com mais chances de precisarem se submeter a tratamentos mutiladores. Como revelado também nesta pesquisa, alguns pacientes demoram tanto tempo aguardando o tratamento, que seus elementos dentários sofrem fratura, sendo indicados para exodontias.

Transcreve-se a seguir a fala de E3, que atua em um município aonde a reabilitação protética vem sendo oferecida por meio da atenção especializada.

Eu consigo resolver uma parte, mas o paciente fica sem a outra parte que eu não consigo solucionar, como o exemplo dos pacientes que têm que extrair todos os dentes, eu realizo as extrações, mas eu não resolvo os problemas dele porque eu não consigo uma prótese para ele. Aí ele não consegue mastigar, não consegue falar, fica com problema de autoestima em relação à sociedade. Ele não vai ter a doença, porque eu resolvi o problema de arrancar os dentes dele, mas ele também não vai ter saúde por não conseguir estar com bem estar físico, mental e social inteiro (E3).

Os CEOs devem ofertar minimamente as seguintes áreas clínicas: periodontia, cirurgia oral menor, endodontia, diagnóstico bucal, principalmente no diagnóstico e detecção do câncer bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais. São classificados como tipo I, aqueles com três cadeiras odontológicas; tipo II, quando têm entre quatro e seis cadeiras; e tipo III, quando tem acima de sete cadeiras. O quadro de funcionários é variável em relação ao tipo de CEO, mas, independentemente do tipo, todos devem ofertar minimamente essas cinco especialidades e todas as cadeiras devem funcionar por 40 horas semanais (BRASIL, 2006a). Na região estudada, havia um CEO tipo I e um tipo II.

A maioria dos CDs informa que condições precárias de trabalho e infraestrutura deficiente também eram desafios enfrentados no cotidiano do trabalho. Reafirma-se, assim, que para efetivar a integralidade faz-se necessária a organização da prática e da rede de serviços; de uma gestão comprometida; de profissionais capacitados e em número suficiente; de insumos de qualidade e em quantidade adequada à realidade da população de seu território; além de políticas públicas que subsidiem o desenvolvimento das boas práticas de saúde.

A gente esbarra em barreiras que aparentemente são até simples de resolver, mas acaba esbarrando, é uma vaga que a pessoa não consegue, é um exame que às vezes é só no outro mês que a pessoa vai conseguir. Os desafios são esses mesmo, de estar trabalhando na saúde pública, de ter recursos pequenos pra gente e às vezes falta de boa vontade política. Aqui pra gente é um desafio trabalhar nesta unidade, com este calor, sem água, porque os dois bebedouros estão com defeito, aí cada um tem que trazer de casa (E2).

Eu acho que são dificuldades de qualquer serviço público, da gestão compreender o quê a gente precisa [...] parece que eles não entendem do nosso trabalho e nem o que a gente precisa para trabalhar. Temos poucos materiais e quando os equipamentos estragam é difícil de consertar. A gente tem que ficar pedindo, pedindo, pedindo. Os equipamentos estão funcionando de forma precária. A caneta de alta rotação jorra água, eu molho o paciente (E9).

Assim como exemplificados nas falas anteriores, como também verificado pela pesquisadora, percebeu-se que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais eram frequentes e indubitavelmente prejudicavam tanto a organização do processo de trabalho como a assistência prestada à população.

Dificuldades na infraestrutura e na manutenção de equipamentos, assim como condições insatisfatórias para o trabalho, corroboram a situação também encontrada em outros estudos (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; LORENA SOBRINHO *et al.*, 2015; MATTOS *et al.*, 2014; MOREIRA; MORAES, 2017).

Não só no âmbito da saúde bucal dos municípios pesquisados, mas todo o sistema de saúde esbarra em desafios importantes, sejam eles de ordem física, como infraestrutura precária, mas também com a falta de planejamento ascendente, o subfinanciamento e a fragmentação da rede de serviços (PAIM, 2018).

Para proporcionar mais resolutividade na APS e melhorar o cuidado, destaca-se a importância de mais investimentos na infraestrutura, insumos, assim como a ampliação da saúde bucal (ALMEIDA *et al.*, 2018). Essa realidade também foi constatada nas UBS do cenário desta pesquisa: a necessidade de mais investimentos na saúde pública é inegável.

De forma recorrente neste estudo, percebeu-se que a excessiva demanda para atendimento clínico individual era um desafio para atingir a integralidade. Essa grande demanda foi abordada nos estudos de outros autores (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MOREIRA; MORAES, 2017; PEREIRA *et al.*, 2017). No território de atuação de alguns CDs encontrava-se uma população em situação de vulnerabilidade social e econômica, justificando o predomínio das atividades clínicas individuais por esses CDs. Destaca-se a necessidade de efetivar o princípio da equidade, com gestão, organização do serviço e planejamento que vislumbrem as necessidades de saúde da população.

[...] aqui no bairro tem uma população muito carente, população muito pobre, tenho uma demanda enorme com muitas urgências, muita gente que realmente não tem condição financeira, eles só dependem do SUS, só dependem da gente e a gente não consegue resolver, não consegue fazer a integralidade com ele (E3).

Além disso, minha demanda é muito grande e isso atrapalha, porque eu quero dar conta, mas não consigo dar conta (E6).

Acho que a demanda muito grande também dificulta, minha população é de quase cinco mil pessoas, pois sobrecarrega a agenda, tenho que ficar encaixando tanta gente, que concluir o tratamento vai ficando cada vez mais demorado (E13).

No âmbito da Odontologia, assim como na saúde em geral, captou-se que os usuários não assumem o protagonismo de seu processo terapêutico (AQUILANTE; ACIOLE. 2015). Sob esse aspecto, alguns participantes desta pesquisa lembraram a pouca responsabilização dos usuários como desafio ao alcance da integralidade da assistência. Nessa perspectiva, dois participantes depuseram que os próprios pacientes eram um desafio ao alcance da integralidade, afirmando que faltam às consultas.

Agora como desafio eu acho que é o paciente mesmo. Muitas vezes eu dou o encaminhamento eles não vão tratar, até aqui no posto mesmo, eu marco retorno e eles somem (E8).

A integralidade com os pacientes daqui é um desafio para mim, porque os pacientes faltam muito (E10).

Essa situação de precariedade em relação à responsabilização do paciente pelo cuidado de sua saúde envolve diferentes fatores, como condições financeiras, aspectos sociais e culturais, além de ser influenciada pelo modelo médico hegemônico curativista e assistencialista. Dessa forma, esperar que o paciente assuma essa responsabilidade com sua própria saúde requer um intenso trabalho de educação em saúde e conscientização da população, tanto por parte dos profissionais envolvidos e ainda mais por meio de políticas sociais efetivas. Faz-se necessário iniciar essas mudanças pela substituição nos modelos de educação em saúde, na maneira como a informação é transmitida, de forma vertical para uma forma que promova a reflexão e participação dos envolvidos (PAULETO; PEREIRA; CYRINO; 2004).

Cabe destacar também a importância do aprofundamento de vínculos entre os profissionais e os pacientes para que as diretrizes da PNSB sejam efetivadas com novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho (MOREIRA; MORAES, 2017; PIRES; BOTAZZO, 2015).

No que se refere à maior demanda por atividades clínicas, ressalta-se que essa grande demanda pode ser um dos motivos de mais isolamento do CD no

consultório odontológico, assim como apurado também nesta pesquisa (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MOREIRA; MORAES, 2017).

Como desafio para atingir a integralidade da assistência, eu acho que é o fato do dentista ficar muito isolado dentro do consultório, acho que temos que ficar mais fora do consultório, talvez fazendo mais visitas domiciliares ou olhando mais para os pacientes, conversar mais com eles, como os hipertensos e diabéticos (E7).

O estudo de Santos *et al.* (2007) recomenda como possibilidade de romper com essa dificuldade da demanda reprimida a melhor organização dos espaços de pactuação com critérios mais definidos de atendimento nas ESFs, de visitas domiciliárias e de realização de atividades coletivas de promoção e prevenção.

Outros desafios estabelecidos foram a excessiva cobrança dos gestores por produção de procedimentos clínicos; a inexistência de uma rede de cuidados bem estabelecida; a falta de um coordenador específico da saúde bucal; os baixos salários; além de problemas de interação com os demais profissionais da equipe da ESF.

A gente já fica só dentro do consultório, aí o paciente chega querendo resolver um problema específico. Acho que o paciente cobra mais pelo atendimento clínico e a gestão também, porque o que eles mais valorizam é a nossa produção, os números (E7).

Os pacientes cobram mais o atendimento clínico, eles não acham necessário eu ficar dando palestras, já tive experiência que eu fui fazer palestra e eles não deram importância, sei que a prevenção e educação [em saúde] são muito importante, mas eles não valorizam" (E8).

Nós não temos muita motivação não, não recebemos nenhum incentivo financeiro para atuar em ESF, não recebemos nada do PMAQ, eles [gestão] não repassam nada do PMAQ para os profissionais. Então você quer fazer um trabalho completo, de excelência, mas você não tem nenhum incentivo para fazer (E11).

Assim sendo, percebe-se que no cotidiano do CD na ESF existem inúmeras dificuldades e desafios para se alcançar a integralidade da assistência. Para a conquista de uma saúde pública satisfatória e para reduzir as iniquidades em saúde, em especial nas populações mais vulneráveis, faz-se necessário ultrapassar esses entraves e suprir a necessidades de mais incentivos financeiros para embasar as

mudanças necessárias na saúde bucal pública (CANGUSSU; PASSOS-SOARES; CABRAL, 2016; MOREIRA; MORAES, 2017; SOARES *et al.*, 2011).

Os CDs participantes desta pesquisa vislumbram que para se atingir a integralidade da assistência eram necessários: garantir a assistência nos demais níveis de atenção; estabelecer rede de cuidados; melhorar as condições de trabalho; aumentar investimentos na saúde e recursos materiais suficientes para a resolução do problema. Os profissionais tinham ciência das limitações e reforçavam a necessidade da implantação da rede de cuidados para se atingir a integralidade.

No que diz respeito às potencialidades para integralidade, para a maioria dos CDs a disponibilidade de referenciar o paciente para um centro de especialidades era uma ferramenta favorável para se alcançar a integralidade da assistência.

[...] Uma potencialidade na saúde bucal seria o CEO que a gente tem como uma ajuda (E3).

Ter um CEO também ajuda muito, eles sempre me atendem. O fato de ter uma boa relação interpessoal é uma potencialidade para atingir a integralidade (E7).

Além dos profissionais da rede especializada (CEO), a integração profissional entre os membros da equipe, com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi reconhecida como uma potencialidade ao alcance da integralidade. No período da pesquisa havia oito equipes de NASF na região estudada (BRASIL, 2018).

[...] temos uma malha profissional muito grande na prefeitura. Aqui nossa equipe é muito boa, temos agentes comunitários muito bons, o médico está sempre presente e que é muito acessível, a equipe de enfermagem e a equipe de Odontologia se dão muito bem e agora com a equipe do NASF (E2).

Eu acho que ter a boa integração profissional, o fato de podermos contar com os profissionais do NASF e do CEO, que atendem muito bem a gente (E8).

Percebeu-se, assim, que os CDs reconhecem que o CEO, bem como o apoio dos profissionais de outras áreas de abrangência, apresenta-se como uma potencialidade ao desenvolvimento da integralidade da assistência.

As diretrizes da ESF, como a proximidade do profissional com a população e mudança de modelo proposto, com incentivo ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, foram constatadas na fala de alguns profissionais entrevistados, como potencialidade ao alcance da integralidade da assistência.

Acho que já estamos bem avançados. Antes de ter ESF só tinha o básico, às vezes conseguia uma prótese. Era tudo desarticulado a gente não entendia nada, acho que agora a gente está entendendo o que está acontecendo (E4).

Hoje a gente tem uma abrangência da população bem maior, quase 100%, antigamente tinha muito abandono com população, com pouca cobertura, hoje não, é muito mais fácil, temos uma cobertura maior, integral da população, principalmente com os grupos de risco, como os moradores rurais que não tinham acesso a saúde bucal (E5).

Acho que a potencialidade para integralidade é trabalhar a prevenção e promoção da saúde, porque quando o nosso usuário entender que vir aqui só quando já tem problemas é muito pior do que ele vir aqui uma vez por ano e fazer uma limpeza, para fazer um controle. O trabalho torna-se mais fácil no sentido que ele vai conseguir esse atendimento, essa assistência aqui, sem precisar de encaminhar para uma atenção secundária (E13).

A inserção da saúde bucal na ESF tem sido indicada como importante ferramenta para ampliação da integralidade (CASOTTI *et al.*, 2014; MATTOS *et al.*, 2014; MOREIRA; MORAES, 2017). Dessa forma, a proximidade do profissional com o território de atuação da eSF torna-se um espaço propício e privilegiado ao desenvolvimento de tecnologias leves, relacionais, possibilitando a criação de vínculos e o aumento do protagonismo do paciente em seu processo terapêutico. Dessa forma, o desenvolvimento de tecnologias leves apresenta-se como potencialidades à produção do cuidado pautado na integralidade.

Apesar dos comprovados avanços da inserção da Odontologia na ESF, a revisão da PNAB (2017), entre outras mudanças importantes, modifica a composição mínima das equipes de AB, sem a obrigatoriedade da permanência da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2017), gerando preocupação quanto ao prosseguimento da PNSB e da ESF, o que seria um retrocesso para o SUS.

A boa vontade profissional também foi mencionada por alguns CDs como potencialidade para o alcance da integralidade da assistência.

Quanto à potencialidade acho que está mais vinculado à nossa boa vontade em fazer o melhor para população. Nosso atendimento aqui é feito da melhor forma possível, nossos pacientes são atendidos com muito carinho e respeito, a gente tenta ajudar o máximo que pode, a gente flexibiliza horário, porque temos muitos pacientes que trabalham e a gente fala que pode vir no horário do seu café ou mais tarde. A gente tenta ajudar ao máximo (E11).

Os serviços que eu exerço aqui e estão fora da minha obrigação são extras, enxergo como potencialidades, o que o profissional pode oferecer de melhor, apesar da atenção básica não preconizar, é o fato de você gostar já te abre uma vantagem de como você pode ajudar (E12).

Ressalta-se a relevância de um profissional comprometido e com vocação para o trabalho em saúde pública. Destaca-se também a importância de uma formação profissional condizente com o serviço, assim como incentivo a capacitações e educação permanente, salários satisfatórios e vínculos empregatícios estáveis.

Há que se considerar que a formação acadêmica dos profissionais favorece as disciplinas clínicas, sem a prática do ensino do trabalho em equipe, dificultando assim a interdisciplinaridade e a integralidade (MATTOS *et al.*, 2014). Além disso, não favorece os aspectos psicossociais do exercício profissional, o que poderia melhorar a relação profissional-paciente (ALMEIDA; SILVA ALVES; LEITE, 2010).

Para se alcançar avanços significativos na assistência prestada, faz-se necessário capacitar os recursos humanos envolvidos para desenvolverem seus processos de trabalho de maneira participativa, com a prática do planejamento e pautado nos princípios e diretrizes do SUS (MOREIRA; MORAES, 2017). Cabe colocar em relevo a importância da incorporação e incentivo ao aprendizado das tecnologias leves na graduação, onde reconhecidamente existe preferência pelo núcleo duro (BOTAZZO, 2008).

Verifica-se que os desafios enfrentados pelos CDs eram diversos e importantes de serem sanados para se atingir a integralidade da assistência. Percebeu-se, porém, a inexistência de atividades de educação permanente com os profissionais e uma gestão comprometida com os princípios e diretrizes da ESF, especificamente com a SB. Espera-se, assim, que o princípio da integralidade seja efetivado na organização das práticas das equipes de saúde e de SB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos nas unidades de ESF de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, frente à perspectiva da integralidade na assistência.

Esta pesquisa possibilitou inferir que houve avanço na saúde bucal pública nos últimos anos, proporcionado pela inserção da Odontologia na ESF, com seus preceitos e diretrizes, mas também reconhecer o grande desafio de romper com modelos assistenciais hegemônicos e curativista, focado na clínica individual e mutiladora.

Dar a voz e buscar compreender a vivência desses profissionais foi um importante passo para se traçar possibilidades de melhorias na atenção à saúde bucal à população da região do estudo. Dessa forma, considerou-se que a metodologia proposta possibilitou à pesquisadora mais proximidade com a realidade vivida de cada participante, desvelando o cotidiano das práticas e dos desafios enfrentados pelos CDs para atingir a integralidade da assistência.

Ao se discutir o processo de trabalho desses profissionais, pode-se perceber que os cirurgiões-dentistas foram os protagonistas na sua organização. Não se identificou nos municípios estudados um protocolo para organização da assistência prestada para a população, indicando carências na gestão da saúde bucal, com abandono institucional, dificultando o trabalho desses profissionais. Em alguns momentos visualizou-se que se sentiam parte da equipe de saúde. Estavam se adaptando ao novo modelo e se reinventando por conta própria nesse processo de trabalho sugerido pelo modelo da ESF.

A prática profissional na atenção à saúde bucal se organizava em demanda programada e espontânea, sendo as atividades clínicas individuais predominantes nas práticas desses profissionais. Todavia, perceberam-se mudanças significativas, em curso, como a evolução na atuação do CD, antes se limitando a atividades clínicas para prevenção, promoção, cura e reabilitação, desenvolvimento do trabalho em equipe e em determinados momentos de forma interprofissional, com a prática centrada no ser humano e não apenas na doença, sendo estes compatíveis com características de modelo de atenção em transição.

A integralidade foi compreendida pela maioria dos participantes como a abordagem integral do indivíduo (integralidade da assistência). Alguns profissionais

compreenderam a integralidade para além do sentido prático, vislumbrando a dimensão política e organizativa da integralidade.

Para alcançar a integralidade da assistência em sua prática cotidiana, a maioria dos CDs declarou que realizava o trabalho em equipe e abordava o paciente além dos limites odontológicos, compreendendo suas multidimensionalidades e necessidades.

A pesquisa permitiu constatar a vivência dos desafios e potencialidades experimentados pelos profissionais no desenvolvimento do trabalho. Entre as potencialidades, destacou-se o centro de especialidades odontológicas, possibilitando referenciar os usuários para atendimento especializado, assim como a oportunidade de encaminhamento aos profissionais de outras áreas. O trabalho em equipe proporcionado pela ESF e a boa vontade do profissional no exercício de sua prática também foram relatados como potencialidades.

Entre os desafios que mais se destacaram estavam as cotas insuficientes para os encaminhamentos ao CEO e a demanda excessiva para atendimento clínico, que juntamente com a cobrança acentuada da gestão por produtividade reforçaram o isolamento do CD no consultório odontológico. Outros desafios também experimentados por esses profissionais estavam nas condições precárias de trabalho em algumas UBS, com infraestrutura deficiente e insumos em quantidade e qualidade insatisfatórias. Também se pode perceber a ausência de incentivo para a educação permanente e capacitação profissional, além de salários insatisfatórios. Solucionar esses desafios foi sugerido pelos profissionais ser um importante passo para que o princípio da integralidade esperada e proposta pelas políticas de saúde e de saúde bucal se torne uma realidade.

A integralidade igualmente pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social), e não num recorte de ações ou enfermidades. Dessa forma, os CDs procuravam realizar a melhor prática profissional, porém não encontravam sustentabilidade, em virtude de precária organização do serviço e suporte político que vislumbrasse a integralidade como o eixo norteador do modelo assistencial na saúde.

O estudo demonstrou aproximação do CD com o modelo assistencial proposto pela ESF. Destacou-se que a integralidade influencia as formas de organização do trabalho dos CDs participantes. Reforça-se a importância da

educação permanente para os profissionais como forma de subsidiá-los no desenvolvimento de sua prática e organização.

A partir da observação desses profissionais pela pesquisadora, pode-se apreender que cada profissional tem o seu modo de produzir cuidado, sendo percebida em muitos participantes a prática da escuta qualificada, do vínculo e acolhimento, mas em outras unidades um fluxo de atendimento intenso, limitando o CD ao atendimento clínico, no momento observado. Os CDs entrevistados compreendiam a importância de sua função na AB de realizar um trabalho voltado para a integralidade da assistência. Eles realizam suas atividades de forma humanizada, entendendo que o indivíduo é constituído por uma diversidade de dimensões.

Algumas contribuições foram passíveis de serem propostas, com o intuito de cooperar para o alcance da integralidade no âmbito da saúde bucal. Entre as contribuições, recomenda-se a reavaliação dos critérios para definir o número de famílias atendidas para cada CD, levando-se em consideração a demanda reprimida existente; ampliação da oferta de procedimentos pelos CEOs; aumento dos serviços de reabilitação em prótese dentária, com incentivo a serem realizados na APS.

Verificou-se também a necessidade de mais investimentos financeiros e científicos em saúde bucal. Cabe destacar a importância de um coordenador específico de saúde bucal e a construção de um protocolo com diretrizes de organização da assistência em nível municipal. Como a pesquisadora exerce função de referência técnica estadual em saúde bucal no cenário deste estudo, propôs a criar diretrizes para nortear a organização da atenção de acordo com a realidade regional e disponibilizá-lo aos gestores municipais. Trata-se de um projeto em fase embrionária com aprovação e autorização do diretor da Gerência Regional de Saúde.

A pesquisadora fará devolução dos resultados da pesquisa em reunião específica com os profissionais e respectivos conselhos municipais de saúde de cada município integrante da pesquisa.

Nessa acepção, acredita-se que reorganizar o processo de trabalho do CD na ESF sob a perspectiva da integralidade é complexo, sendo necessário, além da boa vontade profissional, evidenciada neste estudo, o apoio político e da gestão. Mesmo esbarrando em muitos desafios nesse caminho, são perceptíveis grandes avanços na saúde bucal pública da região estudada. Pode-se concluir que a maioria dos CD

estava desempenhando seus processos de trabalho pautados nos preceitos da integralidade, empenhando-se em sanar as necessidades de saúde de seus pacientes, embasados nos princípios e diretrizes da ESF e PNSB.

Este estudo pautou-se na integralidade, que juntamente com a equidade e universalidade são princípios fundamentais do SUS, essenciais para a prestação de uma assistência em saúde de qualidade, podendo, assim, contribuir com outros estudos para a reorganização do processo de trabalho do CD de outras regiões de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniao/brasil-sorridente-paulo-capelnarvai/30172/>. Acesso em: 08/12/17.

ALENCAR, T.O.S.; NASCIMENTO, M.A.A.; ALENCAR, B.R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 243-250, 2012.

ALMEIDA, A.B.; SILVA ALVES, M.; LEITE, I.C.G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, Número Especial 1, p. 244-260, 2018.

ALVES, L.A.B.T.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, 2011.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 783-836.

ANDRAUS, S.H.C. *et al.* Organization of oral health actions in primary care from the perspective of dental managers and dentists: process of work, planning and social control. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 4, p. 335-343, 2017.

AQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-48, 2015.

ASSIS, L.N. **Políticas de saúde bucal no período pós-constituente (1988-2004)** 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004.

BALDANI, M.H. *et al.* Processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 145-162, setembro 2018.

BOAS, G. D. L. V.; PEREIRA, Douglas D. V. R.; SANTO E. K. A. A reforma da política nacional de atenção básica: mais um golpe contra o SUS. **Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos**, v. 1, n. 1, 2017.

BOTAZZO, C. A política como necessidade: pensando a participação popular na saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 43, p. 22-23, 2007.

_____. Bucalidade. **Pro-odonto Prevenção**. Associação Brasileira de Odontologia. p. 9-55, 2013.

_____. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. *In*: Macau, M.G.L. **Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rúbio; 2008, p. 3-15.

_____. C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 7-17, 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1990. Brasil: **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990a.

_____. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8.142, de 19/09/1990. Brasil: **Diário Oficial da União**, 1990b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal-Centro Gráfico; 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1**. Relatório final. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2**. Relatório final. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3**. Relatório final. Brasília, 2005a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/conferencia/saude_bucal/rel_final_cnsb.pdf. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: MS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, Saúde Bucal. **Caderno de Atenção básica 17**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 599, de 23 de março de 2006b**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde: **Minuta de reforma da Política Nacional de Atenção Básica, 2017**. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 08/01/2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 267/GM de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [online]. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 11 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília: **Diário Oficial da União**.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. **Saúde em debate**. Hucitec; Fiocruz, 2012, p. 53-92.

CANGUSSU, M.C.; PASSOS-SOARES, J.; CABRAL, M.B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. **Política de Saúde Bucal no Brasil**, p. 47, 2016.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 140-157, 2014.

CASTRO, A.J.R.; SHIMAZAKI, M.E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, Governo do estado, 2006.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1417-1423, 2004.

COSTA, R.M. *et al.* Processo de trabalho do dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 51, 2011.

COSTA, S.M. *et al.* Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1865-1873, 2010.

CRUZ, D.B. *et al.* Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2008.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções. **Revista APS [serial na Internet]**, Jul/Dez, v. 6, n. 2, p. 123-5, 2003.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), UFMG, 2009.

FERNANDES, E.G.S.; MASIERO, A.V.; KUHNEN, M. Percepção de cirurgiões-dentistas inseridos na estratégia de saúde da família sobre o trabalho multiprofissional. **Revista GepesVida**, v. 1, n. 2, 2015.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; DE ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, 2010.

FRANCO, T.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. [ONLINE] [ACESSO EM 2008 FEV 05]. **Anais...**, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. 1999. Acesso em: outubro de 2018.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde**. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, p. 181-93, 2005.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353, 1999.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783-794, 2009.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e pesquisa, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

KANTORSKI, L.P. *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 594, 2009.

KITAMURA, E.S. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Especialidades Odontológicas da macrorregião sudeste de Minas Gerais, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 137-148, 2016.

LORENA SOBRINHO, J.E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 136-146, 2015.

LOURENÇO, E.C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1367-1377, 2009.

MACHADO, M.S.; OLIVEIRA, S.S.; CERETTA, R.A. A importância do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, v. 1, n. 1, 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; PINTO, M.A.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATOS, I.B. *et al.* Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**. Barcelona. v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MATTOS, G.C.M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 373-382, 2014.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade**. RJ: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MELO, L.M.L.L. *et al.* A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.

MENDES, C.L.A. **Perfil do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição**. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, 1986.

_____. E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERLO, A.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: algumas considerações. **Boletim da Saúde**. Escola de Saúde Pública/RS, p. 17-29, 2005.

MERHY, E.E. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. **Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, p. 276-300, 2009.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **REV-SUS Brasil: Cadernos de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. FEUERWERKER, L.C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**, p. 59, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Huciteca, 2014.

MOÇO, L.R.S. *et al.* Características dos concursos para contratação de cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 2, p. 22-31, 2017.

MORAES, L.B.; KLIGERMAN, D.C.; COHEN, S.C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, mar. 2015.

MOREIRA, R.S.; MORAES, M.C.L. Logros y dificultades del equipo de salud bucal en la estrategia de salud de familia en Brasil Conquistas e dificuldades da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família no Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas (Quito)**, v. 42, n. 1, p. 19, 2017.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva. *In*: LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística em Odontologia**. São Paulo: Atheneu, p.p.21-48, 2008.

NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? *In*: GARCIA, D.V (org). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005.

_____. O fim do Brasil Sorridente? Portal de Notícias [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 dezembro 08]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>» <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>. Acesso em: janeiro de 2019.

_____. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1. ed., São Paulo: Hucitec; 1994. .

_____. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 40, n. spe, p. 141-147, Aug. 2006.

NEVES, M. **Integralidade da atenção básica à saúde bucal no Brasil: análise dos dados do PMAQ-AB**. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

NOGUEIRA, R.P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. *In*: NEGRI, B. (orgs). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas, UNICAMP, 2002, p. 257- 285.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma Ata, set, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde**. OPAS/OMS, 2008.

PAIM, J. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries - Saúde no Brasil 1**, 9 de maio de 2011.

_____. J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 121-130, 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, S.M.R. *et al*. **Avaliação da implantação das práticas de cuidado em saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo de caso de um município na região centro leste do estado da Bahia**. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

PIMENTEL, F.C. *et al*. Characterization of the work process by oral health teams in municipalities in Pernambuco State, Brazil, according to population size: from community links to organization of clinical care. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157, 2012.

PINTO, R.S; MATOS, D.L.; LOYOLA FILHO, A.I. Características associadas ao uso de serviços odontológicos pela população adulta brasileira. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531–544, 2012.

PIRES, F.S.; BOTAZZO, C. Technological organization in oral health in SUS: an archeology of national policy for oral health. **Saude Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, Mar. 2015.

PUCCA JÚNIOR, G.A. *et al*. Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**, v. 23, p. 9-16, 2009.

_____. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

ROCHA, E.T.; WARMLING, C.M. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Saberes Plurais: Educação na Saúde**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 113-131, 2016.

RONCALLI, A.G. *et al.* Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 43, n. 4, p. 317-324, 2015.

SÁ, P.S.G.P. *et al.* Análise da atenção primária em saúde no âmbito da saúde bucal. **Promoção da Saúde da Família**, p. 57, 2017.

SANCHEZ, H.F. *et al.* A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 201-214, abr. 2015.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A.M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 75-85, 2007.

SANTOS, R.R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2017.

SILVA, H.E.C.; GOTTEMS, L.B.D. Interface entre a atenção primária e a secundária em Odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, 2017.

SILVA, I.Z.Q.J. *et al.* O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 25-38, 2005.

SOARES, F.F. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3169-3180, 2011.

SOARES, S.M. *et al.* **O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para cirurgiões-dentistas**: estudo de caso no estado de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SOUZA, D.S. Participação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da família: a experiência do Rio Grande do Sul. *In*: MOYSÉS, S.T.; KRINGER, L.; MOYSÉS, S.J.

(org.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, Nov. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004, 726p.

SZPILMAN, A.R.M. **Atenção integral à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal do Espírito Santo.

TAVARES, F.L. *et al.* O SUS que temos e a informação como estratégia de (in) visibilidade. **Saúde Debate**, p. 405-413, 2003.

TESSER, C.D. *et al.* Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 361-378, 2018.

VASCONCELLOS, M.C.C. **Estudo dos serviços estaduais de Odontologia de saúde pública do estado de São Paulo, 1889-1980**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984.

VIANNA, M.I.; PAIM J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. **Política de Saúde Bucal no BRASIL**, p. 79, 2016.

VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO, J. R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odontologia e Ciências**, v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE MEDICINA

NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE – NATES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - MESTRADO

Pesquisadora Responsável: Paula Gouvêa Franco

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz Francisco Farah

Título da pesquisa: “PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

A. Dados gerais

Nome: _____ CÓDIGO: _____

UBS: _____ MUNICÍPIO: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Idade: _____ Ano de formação: _____

Formação profissional: () somente graduação () residência ()
especialização () mestrado () doutorado

A. 1. Cursos de Atualizações realizados nos últimos 6 anos: _____

Você recebeu capacitação para atuar na ESF? () Sim () Não

Você participa de atividades de educação permanente? () Sim () Não

Que modalidade de educação permanente participa?

() promovidas pela coordenação da ESF () educação a distância () na equipe

() Outras: _____

B. Trabalho Profissional

Tempo de atuação na APS: _____ Tempo de serviço nesta UBS: _____

Tempo de serviço na ESF: _____

Carga horária de trabalho nesta UBS: () 20h () 30h () 40h

Modalidade contratual: () Estatutário () CLT () Terceirizado () RPA

() Outros: _____

B. 1. Marque em ordem crescente (1 a 5) as atividades que mais você realiza cotidianamente:

() 1.Assistenciais () 2.Administrativas e gerenciais () 3.Educativas

() 4.Pesquisa () 5.Participação popular

Você recebe algum incentivo no exercício de seu vínculo com a prefeitura? Marque quais.

() Função gratificada () Incentivo Produtividade () Incentivo PSF

() Plano de Carreiras Cargos Salários () Insalubridade () Outros

Quais: _____

Parte II – PERGUNTAS

Pense sobre a rotina do seu trabalho, sobre o que acontece rotineiramente em um dia de trabalho para responder as questões abaixo.

1. Como se organiza a atenção à saúde bucal na UBS?
2. Quais ações e que atividades realiza de saúde bucal no cotidiano de seu trabalho?
3. Descreva como acontece a integração da eSB com a eSF.
4. Para você, o que significa o princípio da integralidade na assistência?
5. Como você contempla a integralidade da assistência na sua prática profissional?
6. Quais as potencialidades e desafios para realizar a integralidade da assistência no seu cotidiano do seu trabalho?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”**. O objetivo é analisar o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família de uma microrregião de saúde em Minas Gerais, frente à perspectiva da integralidade na assistência. O motivo deste estudo fundamenta-se no fato de esta pesquisa gerar contribuições na organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, visando melhorias na qualidade da assistência prestada em saúde bucal.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: o(a) Sr.(a) será entrevistado individualmente pela pesquisadora e ela realizará registros das observações em diário de campo. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, como incômodos ou constrangimento em responder as perguntas, tomando tempo, além de poder, em algum grau, impelir a participação. Por esse motivo, caso sejam percebidos ou relatados incômodos ou constrangimentos, será indicado o imediato cancelamento da entrevista. A pesquisa contribuirá para melhor conhecimento sobre a equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família; para organização do serviço e o desenvolvimento de suas atividades; além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas, auxiliando no melhor desenvolvimento da equipe de saúde bucal.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá custo algum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O(A) Sr.(a) terá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em qualquer publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na Faculdade de Medicina/Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde/Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, pelo período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____, fui informado(a) dos objetivos da

pesquisa **“PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome da Pesquisadora Responsável: Paula Gouvêa Franco

Endereço: xxxxxxxx

CEP: xxxx / Leopoldina – MG

Fone: (32) xxxxx *E-mail:* xxxxxxxx

APÊNDICE C – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA**

**NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE –
NATES**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - MESTRADO

Pesquisador Responsável: Paula Gouvêa Franco

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz Francisco Farah

Título da pesquisa: “PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”

ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO

- ✓ Acompanhar a rotina geral das equipes de Saúde Bucal

A observação das atividades de rotina se concentrará:

- ✓ Na composição da equipe;
- ✓ no processo de trabalho (as atividades desenvolvidas; como o trabalho é realizado; como o trabalho é dividido na equipe de saúde; tomada de decisão, entre outros);
- ✓ no fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada), serviços ofertados pela unidade, assim como protocolos de referência e contrarreferência (CEO, NASF, entre outros);
- ✓ na organização da UBS (horário de funcionamento, agenda de marcação de consultas da saúde bucal - como é feita, se articula com outras agendas, onde fica, como é o prontuário (é eletrônico?); UBS é informatizada -, existe acolhimento, visita domiciliar, atendimento compartilhado com outros profissionais, entre outros);

- ✓ existência de reuniões da equipe da ESF; de planejamento das ações da eSB e em conjunto com a eSF;
- ✓ observar as relações interpessoais entre os CDs e os demais profissionais, com os usuários e gestores;
- ✓ como é a relação da coordenação da UBS com a equipe e se há um coordenador específico da saúde bucal;
- ✓ elementos de cooperação entre os profissionais; relações de poder e conflito;
- ✓ nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- ✓ na Infraestrutura (da UBS e equipamentos).

APÊNDICE D - QUADRO DE ANÁLISE (E1, E2, E3 e E4)

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4
<p>Organização da Atenção à saúde bucal. A atenção é dividida entre as demandas programática, espontânea.</p>	<p>Demanda programática: Atividades preventivas aos escolares e atividades de promoção da saúde São oferecidos 30 novos inícios de tratamento por mês: “Demanda agendada, nós agendamos por volta de 30 pacientes por mês, esses pacientes são disponibilizados por meio dos ACS, como são 6 ACS, são 5 fichas para cada. Mas esse número é variável porque eles nos trazem algumas necessidades, então pode ser que durante o mês, aumente de acordo com as necessidades do serviço, que eles encontram durante as visitas domiciliares”. Atividades preventivas aos escolares: “Lá fazemos educação em saúde, fazemos flúor e escovação supervisionada” Educação em saúde à comunidade: “são os grupos de gestantes, hipertensos,</p>	<p>A organização é determinada segundo os dias da semana: Demanda programática “toda segunda nós temos o atendimento estendido a partir das 17h para saúde do trabalhador”. “Na terça de manhã realizamos a puericultura e o acompanhamento dos recém-nascidos”. “Quarta-feira eu reservo para as gestantes”. “Na quinta-feira de manhã a gente está disponível com o motorista e o carro para fazermos visita”. “E na sexta-feira na parte da manhã é atendimento e na parte da tarde é reunião de equipe”. “Uma vez por mês eu reservo para fazer escovação supervisionada nas escolas aqui da área”. Demanda espontânea: “Terça à tarde realizamos o atendimento agendado e as urgências”. “Temos um horário no período da tarde específico para eles mostrarem Raios-X e algum exame”</p>	<p>Demanda programática A atenção dividia entre atividades cínicas, preventivas aos escolares e a alguns grupos prioritários: “Uma vez ao mês a gente faz o agendamento. Em relação ao número de novas vagas, depende do número de tratamentos que eu consegui concluir no mês anterior, assim cada mês é um número diferente de novas vagas”. “A parte preventiva de atendimento nas escolas fazendo trabalho educativo e escovação dentária supervisionada e palestras”. Na parte preventiva também temos um dia destinado aos hipertensos e diabéticos. Atendimento clínico organizado para atender alguns grupos prioritários: “Toda terça-feira à noite a gente atende os trabalhadores e toda quarta é o dia que selecionamos para o atendimento a crianças”. “Além disso, tem a parte da gestante, que eu faço às</p>	<p>Demanda programática A demanda programada clínica é realizada a alguns grupos prioritários (gestantes e criança) de maneira compartilhada com outros profissionais: “no caso eu, a enfermeira e a médica, com as gestantes, que também tem um dia marcado”. Agendamento clínico acontece após a participação do usuário em um grupo educativo: “eu marco (um grupo educativo) em uma manhã e um na parte da tarde. Para essas programáticas eu faço um grupo que falamos a respeito da escovação dental e a partir daí a gente faz as marcações para o mês”. Adequação de horário para atender os trabalhadores: “temos a saúde bucal do trabalhador também, toda segunda-feira fica aberto (até as 21 horas) para eles”. Atividades educativas a escolares: “eu vou na escola todas as semanas.” Atendimento a demanda espontânea: “sempre que ele procura a unidade, a gente acolhe, ele vai</p>

	<p>diabéticos e vários outros grupos que fazemos em conjunto com a equipe”. Para demanda espontânea a eSB reserva quatro horários por dia: “Temos também as demandas espontâneas, que são quatro por dia, duas de manhã e duas à tarde”.</p>		<p>quintas-feiras”. Toda sexta-feira à tarde eu faço a parte burocrática de passar para o computador toda a produção da eSB. Demanda espontânea: “Tenho uma demanda enorme com muitas urgências”.</p>	<p>estar sempre chegando na minha sala e ele vai ter uma resposta ou vai ser atendido de imediato ou eu faço o que está mais incomodando”. “Uma coisa que mudou muito meu trabalho é o planejamento. Tudo ficou mais organizado depois que passei a planejar. Aí eu já faço o planejamento da saúde bucal acompanhando a equipe da ESF”.</p>
<p>Atividades desenvolvidas</p>	<p>Predomínio de atividades preventivas e promoção da saúde, pois o consultório está com defeito. “É educação em saúde, promoção da saúde, os grupos operativos e também nas escolas que fazemos educação em saúde e promoção em saúde bucal”.</p>	<p>Predomínio de atividade clínicas individuais: “o atendimento básico nosso e atendimento restaurador, as extrações”.</p>	<p>Predomínio de atividade clínicas individuais: “atendimento clínico, que é a parte que eu mais atuo aqui nesta ESF”.</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais associadas a atividades educativas individuais: “Olha as ações clínicas, o que a gente está fazendo de clínica são as restaurações, profilaxias, raspagens, exodontias, orientações de saúde bucal e sobre as doenças”. “A gente sempre faz um grupo de escovação dental supervisionada e é neste grupo que eu agendo as consultas” Atividades educativas a escolares: “E as atividades na escola”</p>
<p>Integração profissional na eSF</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional: “nesses nossos grupos, onde toda equipe está trabalhando junto”. “a enfermeira, por exemplo, na parte das gestantes, ela atende essa gestante e direciona ela para a saúde bucal”. “Com médico também acontece da mesma forma, aqueles casos que</p>	<p>Trabalho em equipe interprofissional: “quarta feira eu reservo para as gestantes (...) para coincidir com a enfermeira, porque se marcar outro dia, a chance de faltar é muito grande”. Integração nas atividades educativas: “qualquer atividade ou campanha que seja feita a gente faz questão de incluir a Odontologia, principalmente</p>	<p>Dificuldade de integração com a equipe: “a integração é mais ou menos, porque nós não temos uma boa integração muito boa com os ACS. Fica um pouco a desejar... Então a gente acaba sem ter nenhuma ligação com eles”. “Agora em relação à equipe médica e o enfermeiro e o técnico, se eu precisar deles, a gente tem uma relação boa e eles ficam</p>	<p>Relata dificuldade de integração com a equipe: “não estamos muito integrados não. Apesar de sermos uma equipe dentro de outra equipe, nós deveríamos ser uma equipe única”. “Parece que as ACS não gostam da gente dar serviço para elas, falam que é mais um serviço para elas. Não acho que é sobrecarga de trabalho, acho que falta boa vontade e acreditarem no nosso</p>

	<p>julga ser necessário, ela encaminha esses pacientes”.</p>	<p>nas atividades educativas. Acho que a maior integração nossa acontece nas atividades educativas e na parte de puericultura e gestantes”.</p>	<p>a disposição”.</p>	<p>serviço também”.</p> <p>Entretanto, indica que a equipe é unida: “A equipe está trabalhando, a gente é bem unido neste sentido, para organizar a atenção em saúde bucal na unidade, junto com os outros profissionais, que é importante essa troca”. A integração tida como satisfatória acontece entre os profissionais com curso superior: “Tenho uma boa integração com a médica e com a enfermeira, nós fazemos uma agenda compartilhada para atendimento. Os profissionais de nível superior estão bem integrados”</p>
<p>Entendimento sobre integralidade</p>	<p>Entende que a integralidade é o atendimento em equipe e olhar o paciente como um todo: “É essa troca que eu acho que tem que existir entre os profissionais, seja médico, seja dentista, seja enfermeiro, é a gente olhar o paciente como um todo”. “Atender esse paciente como um ser humano que entra e que tem várias necessidades”</p>	<p>Entende que a integralidade é o atendimento em equipe e olhar o paciente como um todo: “Acho que é o conceito do indivíduo como um todo, de olhar o paciente como um todo, analisar cada (caso). Estou com um caso aqui, no qual sem o psicólogo eu não conseguiria atender”. “Acho que é ter um olhar sensível, ter uma sensibilidade no olhar daquele paciente e ver que ele precisa de um algo a mais antes do seu atendimento”.</p>	<p>Entende que a integralidade é o atendimento em equipe e olhar o paciente como um todo: “Tem que receber o usuário, primeiro ouvir o que ele precisa, ouvir suas necessidades” “A gente tem que resolver em vários sentidos, atender ele como um todo. É isso que eu enxergo, a gente tem que resolver o problema dele de acordo com a realidade que ele vive e então enxergar ele como um todo para poder ajudá-lo.”</p>	<p>Entende a integralidade como continuidade do tratamento: “Se o objetivo final é ter saúde, como posso produzir saúde se eu preciso da atenção secundária e ela não está funcionando? A integralidade é isso: são todos os pontos (de atenção) funcionando” (concepção de organização do serviço e continuidade da assistência). “Se você conseguir encaminhar e o paciente te dar um retorno, é isso que é importante, porque é aqui que ele vai dar continuidade o tratamento. Muitas vezes eles não voltam, ele vai, mas ele tem que voltar, porque a porta é a atenção primária.” Compreende dimensão política da</p>

				integralidade: “mas não depende só da gente, depende da gestão”. “A gente faz a nossa parte (enquanto município), mas tem coisa que a gente depende do estado ou do governo federal.”
Prática da integralidade no seu cotidiano	A partir do trabalho multiprofissional e olhando o paciente pela sua multidimensionalidade: “Como é o caso de que às vezes a gente se depara com um paciente que precisa de um atendimento psicológico ou um atendimento nutricional ou com assistente social. Então, a partir dessa consulta (odontológica), esse paciente pode ser encaminhado para outras áreas, não só enfermagem ou médica, mas também para outras áreas que abrangem a saúde como um todo”.	A partir do trabalho multiprofissional e olhando o paciente através de sua multidimensionalidade: “Entender as necessidades reais daquela pessoa, a parte odontológica é uma parte importante, mas existem “n” motivos para a pessoa estar com algum mau ou algum problema e a gente tentar olhar o ser humano como um todo, se ele tem família, se tem problemas em casa, problemas financeiros”.	Realiza atendimento resolutivo e encaminha para sanar outras necessidades: “A questão odontológica que cabe a mim, eu resolvo. Mas se eu ver que ele está com algum problema de saúde ou alguma coisa errada dou uma orientação para ele ou encaminho para o médico ou o enfermeiro” “As vezes a pessoa tem algum problema psicológico, porque você sabe, a gente é dentista e eles falam da vida toda aqui, se abrem então no que eu puder, eu tento encaminhar ou conversar com um colega de trabalho pra ver o que pode fazer para ajudar”.	Não limita suas atividades educativas a assuntos específicos da Odontologia: “Na escola realizamos diversas atividades, às vezes levo um vídeo ou uma música e depois sempre fazemos a escovação dentária. Isso é uma rotina para nós, não abrimos mão de ir na escola”. Boa prática profissional ultrapassando limites odontológicos: “temos que dar o nosso melhor, pois a gente produz saúde e isso não dá para esperar”. “eu não me considero somente uma dentista, eu sou uma profissional de saúde, a minha função dentro de um PSF é ser uma profissional de saúde. Ser só dentista é (abordar) apenas dentes e eu não sou só dos dentes, sou muito mais que isso.”
Limitações e desafios para atingir integralidade	Visão dos ACS sobre o trabalho dos CDs, restringindo a prática clínica e dificuldade de encaminhamento ao CEO, além das dificuldades para um atendimento resolutivo, como a falta de condição de trabalho na unidade:	Poucos recursos, condições precárias de trabalho e dificuldade de acesso ao CEO, com profissionais que não cumprem horário: “recursos pequenos pra gente e às vezes falta de boa vontade política. Aqui pra gente é um	Dificuldade de acesso ao CEO, profissionais com reduzida carga horária e a excessiva demanda para o atendimento clínico: “o profissional só está atendendo uma vez por semana, aí se eu tenho um diagnóstico de lesão de boca	Dificuldades de encaminhamentos e articulação entre os níveis de assistência são apontados como desafios para integralidade: “a integralidade não depende só de mim, ela depende da rede (de cuidados) e se a rede não se organizar, nós não teremos a

	<p>“abordando alguns agentes, eles me perguntaram o que eu teria para oferecer para esses usuários, já que o consultório não está funcionando”.</p> <p>“Aqui você quer resolver, mas você encaminha e não tem uma resposta que seja positiva com relação ao problema do paciente”.</p> <p>“Nem sempre o usuário é atendido de forma resolutiva. Isso se dá devido à falta de condição de trabalho na unidade (por falta de material de uso cotidiano ou manutenção nos equipamentos odontológicos)”.</p>	<p>desafio trabalhar nesta unidade, com este calor, sem água”.</p> <p>“Acho que nós temos profissionais muito bons, que têm potencial muito bom, mas que não conseguem ter autonomia para tomarem certas decisões e aí o paciente que sai prejudicado”.</p> <p>“Mas que não funciona (o CEO), a gente tem uma cota de consultas, principalmente para endodontia e exodontia, que são demandas grandes, a prótese tem uma demanda enorme, que a gente não consegue enxugar nunca, a gente nunca consegue dar o tratamento concluído para o paciente”.</p> <p>“Acredito que o CEO e o polo não funcionam por falta de carga horária que não é cumprida, principalmente os profissionais eram para cumprir 20 horas e não cumprem nem 10 horas, ficam lá de 07:00h às 16:00h em um dia da semana e vão embora”.</p>	<p>na terça e o dentista atende apenas na segunda, e é um possível câncer de boca, ele só será avaliado na outra semana”. “Tem meses que eu não posso encaminhar nenhum paciente para fazer canal e os pacientes aqui não tem condição de pagar particular, assim acabam arrancando o dente” “Eu consigo resolver uma parte, mas o paciente fica sem a outra parte que eu não consigo solucionar, como o exemplo dos pacientes que tem que extrair todos os dentes, eu realizo as extrações, mas eu não resolvo o problema dele porque eu não consigo uma prótese para ele. Aí ele não consegue mastigar, não consegue falar, fica com problema de autoestima em relação a sociedade. Ele não vai ter a doença, porque eu resolvi o problema de arrancar os dentes dele, mas ele também não vai ter saúde por não conseguir estar com bem estar físico mental e social inteiro”. “população muito carente, muito pobre, tenho uma demanda enorme com muitas urgências, muita gente que realmente não tem condição financeira, eles só dependem do SUS”.</p>	<p>integralidade”.</p> <p>“Ainda temos muitas deficiências, mas na prática estamos fazendo o que podemos. Tem dificuldades como esta questão das cotas, mas eu acho que está caminhando. Pode-se melhorar muito ainda, principalmente na questão da Odontopediatria que não temos para onde encaminhar, aí fica um buraco na atenção primária porque nós não temos para onde referenciar”. “Temos muitas crianças que estão ficando desassistidas e a integralidade não está existindo”.</p>
--	--	--	---	--

Potencialidades para atingir a integralidade	Proximidade com o usuário e olhar multidimensional e humanizado: “ Às vezes ele queixa ali para você, mas não é um dente que está doendo, é muito mais do que isso. Ou seja, é a gente ter esse olhar como ser humano e não só como dentista ”.	A diversidade de profissionais e a boa integração entre eles, além da presença de um CEO e um polo de saúde no município: “ Temos uma malha profissional muito grande na prefeitura. Aqui nossa equipe é muito boa, temos agentes comunitários muito bons, o médico está sempre presente e que é muito acessível, a equipe de enfermagem e a equipe de odontologia se dão muito bem e agora com a equipe do NASF ”. “ Gente, tem o CEO dentro da cidade, a gente tem um polo de saúde ”.	A presença de um CEO no município é vista como uma potencialidade e ao mesmo tempo como um desafio: “ uma potencialidade na saúde bucal seria o CEO que a gente tem como uma ajuda, mas aí tem também como um desafio ”.	Indica que a própria ESF é uma potencialidade: “ acho que já estamos bem avançados. Antes de ter ESF só tinha o básico, às vezes conseguia uma prótese. Era tudo desarticulado, a gente não entendia nada, acho que agora a gente está entendendo o que está acontecendo ”.
Síntese vertical	Organiza suas atividades por meio de atividades programadas e espontâneas, sendo as programadas por grupos específicos. Realiza atividades de cunho preventivo, promocional nesse momento de maior quantidade em virtude de o consultório da UBS estar com defeito. Entende a integralidade como visão do indivíduo como todo, como ser humano que possui várias necessidades. Foca no sentido da integralidade da prática. Especifica que deve ser realizado o atendimento multiprofissional. Dificuldades: visão de alguns membros da equipe de modelo clínico do CD; falta de material; manutenção precária	Organiza suas atividades por meio de atividades programadas por grupos e espontânea. O que a diferencia das demais é que organiza um turno na semana para avaliar exames e outro para realizar VD. Realiza atividades de cunho preventivo, promocional, clínico e administrativos. Tem uma boa integração com a equipe e realiza planejamento junto com os demais membros da equipe. Entende que a integralidade necessita do atendimento multiprofissional, e olhar o paciente como um todo, tendo a sensibilidade de perceber as demais necessidades que o paciente traz e procura resolver. No desenvolvimento das atividades práticas procura entender as necessidades reais	Organiza suas atividades por meio de atividades programadas por grupos e espontânea. Atenção dividida entre atividades clínicas, preventivas aos escolares e a alguns grupos prioritários. Realiza maior quantidade de atendimentos clínicos. UBS inserida em área de vulnerabilidade socioeconômica. Dificuldade de integração com os ACS. Entende que a integralidade da assistência é ver o indivíduo como um todo e ouvir suas necessidades. Pratica a integralidade da assistência odontológica por meio de atendimento resolutivo. Encaminha o usuário quando identifica outro problema. Limite: acesso ao CEO é difícil	Organiza suas atividades por meio de atividades programadas e espontâneas, sendo as programadas por atendimento compartilhado multidisciplinar com os demais membros da equipe aos grupos prioritários, incluindo a realização de puericultura (incomum na prática odontológica). O que diferencia esta CD é vincular o atendimento clínico a participação do usuário em um grupo educativo, garantindo assim que este paciente participe de atividades preventivas e de promoção da saúde. Adequa o horário para atender os trabalhadores em turno noturno. Realiza atividades de cunho preventivo, promocional, clínico e administrativo. Dentre as entrevistadas, essa CD é a que

	<p>dos equipamentos odontológicos; ausência de respostas aos encaminhamentos.</p> <p>Potencialidade: apesar de não ter respondido a pergunta sobre as potencialidades, durante a entrevista, relata que o vínculo com o paciente oportuniza maior aproximação, facilitando o relato de demais necessidades.</p>	<p>da pessoa e olhar o ser humano como todo.</p> <p>Limites: falta de vontade política e poucos recursos; infraestrutura inadequada (muito quente); dificuldade de encaminhamentos para o centro de especialidades (poucas cotas) dificultando a resolutividade do problema. CEO e polo com profissionais que não cumprem a jornada estabelecida de trabalho, prejudicando o usuário.</p> <p>Potencialidades: boa REDE de atenção à saúde (CEO, NASF, UBS) com vários profissionais que da prefeitura e boa inter-relação profissional com os membros da equipe SF.</p> <p>Realiza atendimento compartilhado para gestantes e crianças.</p> <p>Fez capacitação dos ACS para o acolhimento em SB</p>	<p>porque só há atendimento uma vez por semana, comprometendo a saúde do usuário. Resolutividade limitada: quando o usuário chega necessita extrair os dentes, isso ela consegue fazer, porém não consegue encaminhar para a reabilitação protética. PNAB 2017 recomenda que a reabilitação protética seja realizada na AB.</p> <p>Grande demanda espontânea carente e utiliza o SUS exclusivamente.</p> <p>Potencialidade é ter um CEO.</p>	<p>relata maior frequência de atividades educativas e preventivas aos escolares (semanalmente). Dificuldade de integração com os ACS, porém integração satisfatória com os profissionais de nível superior. Relata isolamento da eSB da eSF. Compreende a integralidade no sentido de organização do serviço e continuidade da assistência, Indica a existência de uma boa gestão como desafio à integralidade (dimensão política da integralidade).</p> <p>Não limita suas atividades educativas a assuntos específicos da Odontologia, aborda outros assuntos de promoção da saúde. Indica dificuldades de encaminhamentos e articulação entre os níveis de atenção. Indica a ESF como potencialidade ao alcance da integralidade da assistência.</p>
--	---	---	--	---

QUADRO DE ANÁLISE (E5, E6, E7 e E8)

Núcleo de Sentido	E5	E6	E7	E8
<p>Organização da atenção à saúde bucal A atenção é dividida entre as demandas programática e espontânea.</p>	<p>Demanda programática: Realiza visita domiciliar uma vez por semana. A organização da demanda programática se faz pelos dias da semana, cada dia é reservado para uma microárea: “trabalhamos com agendamento, cada dia tem a microárea correspondente”. Atividades educativas com a equipe da ESF: “fizemos uma atividade sobre tabagismo que participamos eu, a enfermeira, o médico e convidamos o farmacêutico para nos ajudar. Fazemos também sala de espera com palestras para os pacientes que aguardam atendimento médico aqui na unidade” Educação em saúde à comunidade e aos escolares: “damos ênfase na promoção de crianças e adolescentes a orientação de higienização e a promoção de saúde”. Para demanda espontânea a eSB reserva quatro horários por manhã e quatro à tarde: “emergência no mínimo 04 (quatro) de manhã e 04 (quatro) à tarde”.</p>	<p>Demanda programática Demanda programada organizada pelas funcionárias da recepção e/ou ACS por meio de um caderno de fila de espera: “os pacientes que estão interessados no tratamento são orientados a procurar as meninas (da recepção ou ACS). Tem um caderninho de lista de espera”. Demanda espontânea sendo atendida sem horários reservados, mas os casos com dor são atendidos antes dos pacientes agendados: “Não tenho um horário para as urgências não, nem dia marcado, geralmente eu passo na frente dos agendados. Mas quando dá para esperar eu peço para ir depois das 10:00h ou depois das 15:00h se for à tarde, mas se já der, já resolvo”</p>	<p>Demanda programática A demanda programada clínica é realizada de acordo com os dias da semana: “Agendamos 5 pacientes de manhã e 5 à tarde, fora as emergências “ Realiza atendimento ao grupo prioritário (gestantes) de maneira compartilhada com outros profissionais: “Na quinta-feira de manhã a gente atende as gestantes. Só separo dia para atender as gestantes, porque os outros grupos já estão englobados, como os hipertensos e diabéticos”. Atendimento a demanda espontânea sem reserva de horário: “Eu atendo os pacientes marcados mais as urgências que aparecerem”.</p>	<p>Demanda programática: A organização da demanda programática sem critério dos dias da semana ou grupos prioritários, realiza visita domiciliar quando solicitada e atendimento domiciliar aos acamados: “Marco todo mundo junto e sempre que tem vaga”. “Procuro resolver tudo que dá para resolver na própria casa da pessoa”. Atividades educativas predominantes, mas não exclusivas aos escolares: “Também vou às escolas, lá eu faço palestras. Quando tem alguma atividade da equipe que o médico ou enfermeiro vão fazer palestras, eu também”. Atendimento à demanda espontânea sem reserva de horário: “Também atendo todas as emergências que aparecem”.</p>

<p>Atividades desenvolvidas</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais associadas a atividades educativas individuais e visita domiciliar: “mesmo no atendimento ambulatorial a gente sempre enfatiza a promoção de saúde, com orientação, então são tanto curativos como de promoção de saúde”.</p>	<p>Predomínio de atividade clínicas individuais, preventivas aos escolares e relata as pratica de visitas domiciliares: “aqui a gente faz extrações dentárias, limpeza, raspagem e obturações. As vezes a gente faz extração de siso também. E tem o CEO que a ente encaminha também, tem extrações, endo, pacientes especiais e periodontia. A gente também faz visita domiciliar”. “Esse ano ainda não fizemos, mas a gente faz visita na creche, fizemos até o índice CPOD das crianças, dava orientações, eu entrava na sala e explicava (...) fazemos escovação individual e depois eu olhava a boca e orientava”.</p>	<p>Executa atividades de prevenção, PROMOÇÃO, CURA E REABILITAÇÃO. Predomínio de atividades clínicas individuais, educativas aos escolares e realiza visita domiciliar e atendimentos de próteses dentárias; “fazemos restaurações, extrações, acesso à polpa, próteses dentárias, raspagem, limpeza”. “As atividades educativas fazemos com as crianças e com os adolescentes até 15 anos da escola, mais ou menos de três em três meses”. “As visitas domiciliares a gente tenta fazer toda segunda-feira”</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais associadas a atividades educativas individuais, e visita domiciliar e realiza procedimentos de prótese dentária: “eu faço tratamento clínico, faço próteses aqui também: prótese total e prótese parcial removível.” Realiza atividades pertinentes à ESF como visitas domiciliares e reunião de equipe: “Faço visita domiciliar. Nós fazemos reuniões de equipe também, mas não tem periodicidades, quando precisa a equipe faz e eu participo também”.</p>
<p>Integração profissional na eSF</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional: “quando o paciente está precisando de alguma coisa que não é da saúde bucal. Aí eu levo direto para os outros profissionais, como enfermeiro e médico, para chegarmos em um acordo juntos”. “A mesma criança que vem para o meu atendimento é atendida também pela enfermeira e pelo médico”. Boa integração com a equipe de</p>	<p>Trabalho em equipe interprofissional: “Eu e a enfermeira começamos a atender juntas as gestantes. Aí toda gestante que ela atendia, passava por mim também. Eu fazia avaliação e dava orientações, explicava sobre cárie, gengivite e outras coisas”. Em relação às atividades educativas, mesmo sendo apenas para escolares, ainda assim já se passou um semestre e a eSB não realizou nenhuma atividade preventiva/educativa aos escolares. Ressalta-se que não estão acontecendo tratamentos clínicos,</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional: “No dia que atendo as gestantes, o médico e o enfermeiro também estão envolvidos neste atendimento, é como se fosse um atendimento compartilhado”. Apesar de relacionar esse tipo de atendimento como atendimento compartilhado, percebe-se um trabalho em equipe de forma sequencial. “É assim, quando as gestantes vêm para o médico eu vou lá e converso</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional: “Nós temos uma boa integração. Quando o enfermeiro tem algum caso, ele vem e me passa, aí ele traz o prontuário e a gente discute, assim é com o médico também e com os ACS”. “Mas a principal interação (profissional) é com o médico e com enfermeiro, a gente sempre passa um para o outro. Tipo um rodízio, cada hora é um tá passando paciente para o outro.” Boa integração com a equipe de ACS, nesta equipe percebe-se que</p>

	<p>ACS, nesta equipe percebe-se que os ACS são de fato o elo entre a equipe de saúde e a população, como preconizado pela ESF: “A integração com a equipe de agentes comunitários também é boa, são eles que fazem a marcação do CEO, e elas também trazem informação da população, como o pedido de visitas domiciliares geralmente são pedidas por eles ou pela enfermeira”.</p>	<p>pois o consultório está com defeito.</p> <p>Relata ter uma boa relação com os demais membros da equipe, com exceção da sua ASB, devido a dificuldades em estabelecer os critérios das atribuições de cada cargo. Mostrando, dessa forma, a necessidade de capacitação profissional;</p> <p>“Nós temos uma boa integração. Só que é complicado, ainda estamos tentando ver esse negócio da agenda (compartilhada) para os três (CD, enfermeira e médico)”. “Eu tinha um relacionamento melhor com a equipe da ESF do quê dentro da eSB.”</p>	<p>com elas”.</p> <p>Boa integração com a equipe de ACS.</p> <p>“A equipe de saúde bucal tem mais ligação com os ACS, pois eles me acompanham em todas as visitas domiciliares”.</p> <p>Relata isolamento do CD no consultório:</p> <p>“Nos temos uma boa integração. Mas os dentistas ficam mais no mundo do consultório, porque sempre tem paciente para atender e a demanda é grande, além de ter que ir nas escolas”.</p>	<p>os ACS são de fato o elo entre a equipe de saúde e a população, como preconizado pela ESF: “Quando os ACS têm algum paciente para marcar ou está acontecendo alguma coisa (que eles observam nas VDs) eles vêm até mim e me pedem, nos temos uma ótima integração”.</p>
<p>Entendimento sobre integralidade</p>	<p>Entende que a integralidade é o atendimento em equipe e olhar o paciente como um todo:</p> <p>“tanto na ajuda de diagnóstico, como todo mundo visualizar o paciente como um todo, como, por exemplo, eu vou lá e resolvo só o problema da boca da pessoa, e eu vejo que ela está precisando de um atendimento médico adequado, posso falar com o médico e promover essa integração”.</p> <p>“de olhar o paciente como um todo..”</p>	<p>Entende que a integralidade é ver o paciente como um todo, ultrapassando os limites da boca e a importância do trabalho em equipe para se atingir a integralidade:</p> <p>“A integralidade é ver o paciente como um todo e não ver apenas a boca. É a gente sentar médico, enfermeira e dentista e passar por nós, entrar num consenso, discutir um caso. Não só meu caso, mas até nos meus casos, se eu tiver com um caso de boca, sentar com os outros dentistas e chegar num consenso. Acho que é isso, ver não só uma boca, mas ver no geral”.</p>	<p>Entende a dimensão clínica da integralidade vendo o paciente como um todo, ultrapassando os limites da boca e a importância do trabalho em equipe:</p> <p>“É olhar o paciente como um todo e não olhar apenas a boca. Caso o paciente esteja precisando de um atendimento por outro profissional ou de um atendimento especializado, você encaminhar”.</p>	<p>Entende que a integralidade é o atendimento em equipe e olhar o paciente como um todo:</p> <p>“Para mim seria tratar o paciente como um todo e ter um bom ambiente de trabalho, com interações entre as profissões e entre os profissionais para tratar o paciente como um todo”.</p>

<p>Prática da integralidade no seu cotidiano</p>	<p>Realiza atendimento resolutivo e encaminha para sanar outras necessidades: “tento fazer um tratamento resolutivo, tento fazer tudo que dá para fazer, mas como aqui é atenção básica e quando não dá para tratar, por ser de média e alta complexidade eu encaminho para o CEO”.</p>	<p>Realiza atendimento resolutivo e encaminha para sanar outras necessidades: “ eu tento agilizar o máximo (fazendo mais procedimentos) e marco o retorno e o que vai sobrando de vaga, vou chamando mais gente da lista de espera”. “Eu faço assim: o que dá para fazer aqui, eu faço. O que não dá, a gente encaminha para o CEO ou para alguma outra especialidade como odontopediatria”.</p>	<p>Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente: “Eu encaminho para o CEO quando precisa. Às vezes o paciente acha que é dor de dente, mas é uma sinusite, aí a gente encaminha para o médico. É muito simples esse encaminhamento porque o médico está aqui todo dia”.</p>	<p>Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente e trabalha integrada com outros profissionais no atendimento do problema do paciente: “O paciente vem até mim e que eu não faço aqui ou que o paciente necessite de alguma coisa além da Odontologia, como teve um caso de uma paciente que tinha pânico de dentista, eu e a psicóloga trabalhamos juntas e conseguimos concluir o tratamento dessa paciente. Então, quando eu preciso da ajuda de algum outro profissional, que pode ser de dentista também ou algum tratamento que eu não faça aqui ou eu tenho alguma dúvida, eu encaminho”.</p>
<p>Limitações e desafios para atingir integralidade</p>	<p>Encontra dificuldades ao ter uma rede assistencial bem estabelecida, além da falta de material, e indica a falta de investimento na saúde pública no âmbito da odontologia: “a dificuldade é que o nosso município não tem toda a estrutura necessária para realização de todos os procedimentos solicitados, devendo ser encaminhado para outras cidades, como Juiz de Fora.” “Falta material, eu não tenho material de endo, às vezes eu trago material meu particular, não temos o isolamento</p>	<p>Poucos recursos, condições precárias de trabalho e uma demanda grande por atendimento clínico: “Agora nós estamos parados em relação aos atendimentos porque a cadeira está com defeito e alguns materiais que estão em falta”. “Como desafio é a demanda muito grande”. Desafio: a grande burocracia exigida pelo PMAQ. Apesar de ser um programa de melhorias, essa CD, assim como outras, relata dificuldades para se organizarem. “Só que entrou o PMAQ e deu uma desorganizada nisto aí. Ficamos em função de ajustar as</p>	<p>Indica o isolamento do CD no consultório como grande desafio, justificado pela demanda grande por atendimento clínico, tornando-se uma cobrança dos próprios pacientes, mas também da gestão, cobrando produção: “Como desafio para atingir a integralidade da assistência, eu acho que é o fato do dentista ficar muito isolado dentro do consultório, acho que temos que ficar mais fora do consultório, talvez fazendo mais visitas domiciliares ou olhando mais para os pacientes,</p>	<p>Indica o próprio paciente como desafio ao alcance da integralidade, relatando que os mesmos faltam às consultas e valorizam mais o tratamento clínico, além da dificuldade em ter uma auxiliar: “Agora como desafio eu acho que é o paciente mesmo. Muitas vezes eu dou o encaminhamento eles não vão tratar, até aqui no posto mesmo, eu marco retorno e eles somem. Eu acho que um desafio é ter uma boa profissional para te auxiliar (ASB) e trabalhar em equipe”. ”Os pacientes cobram mais o atendimento clínico, eles não acham necessário eu ficar dando palestras, já tive</p>

	<p>absoluto, as cotas para o CEO são poucas, não tem Raios-X, falta investimento na Odontologia, a Odontologia está estagnada mesmo. Acho que tínhamos que ter mais profissionais, ter especialista para atenderem aqui, sem ter o CEO como única opção”.</p>	<p>coisas para o PMAQ para ficar tudo certinho na unidade. Como essa era a primeira visita do PMAQ que eu ia receber, eu não sabia direito o que pedia. Aí a gente perdeu um pouco o foco do atendimento aos grupos” Relata a grande demanda como um desafio: “Além disso, minha demanda é muito grande e isso atrapalha, porque eu quero dar conta, mas não consigo dar conta”.</p>	<p>conversar mais com eles, como os hipertensos e diabéticos. A gente já fica só dentro do consultório, aí o paciente chega querendo resolver um problema específico, acho que o paciente cobra mais pelo atendimento clínico e a gestão também, porque o que eles mais valorizam é a nossa produção, os números”.</p>	<p>experiência que eu fui fazer palestra e eles não deram importância, sei que a prevenção e educação (em saúde) é muito importante, mas eles não valorizam”.</p>
<p>Potencialidades para atingir a integralidade</p>	<p>Possibilidade de referenciar para o CEO, a organização para não faltar insumos e a conscientização para evitar as faltas e abandonos do tratamento: “O ponto que é bom, apesar de lento fluí, falo do CEO”. “E tem também a questão do meu material, não deixo de fazer a lista de matéria para não acabar e cada vez mais a orientação e conscientização para o paciente não abandonar o tratamento”. “Hoje a gente tem uma abrangência da população bem maior, quase 100%, antigamente tinha muito abandono com população, com pouca cobertura, hoje não, é muito mais fácil, temos um cobertura maior, integral da população, principalmente com os grupos de risco, como</p>	<p>Indica a boa convivência profissional como uma potencialidade para integralidade: “Como potencialidade acho que é ter uma boa convivência com o pessoal da unidade, porque para dar certo tem que ter uma boa convivência, com um ajudando o outro, com as dúvidas que surgem”.</p>	<p>Entende que a boa relação interpessoal, o trabalho em equipe e uma rede de cuidados bem estabelecida como potencialidade ao alcance da integralidade: “O fato de ter outros dentistas que trabalham aqui na mesma unidade é uma potencialidade, porque eles me ajudam e não sobrecarrega ninguém. A facilidade de encaminhar para os médicos também é uma potencialidade. Ter um CEO também ajuda muito, eles sempre me atendem. O fato de ter uma boa relação interpessoal é uma potencialidade para atingir a integralidade”.</p>	<p>Possibilidade de referenciar para um centro de especialidade e a boa interação profissional são potencialidades para integralidade: “Tem um CEO que eu posso encaminhar para lá, atualmente o CEO tem uma cota, mas que me atende. No caso das outras áreas eu também encaminho e peço ajuda. Aqui o enfermeiro e o médico então sempre comigo, tem também psicóloga (NASF)”. “Eu acho que ter a boa integração profissional, o fato de podermos contar com os profissionais do NASF e do CEO, que atendem muito bem a gente”.</p>

	os moradores rurais que não tinham acesso a saúde bucal.”			
Síntese vertical	<p>Organiza as atividades em demanda espontânea com reserva de horário (4 vagas por turno) e programada de acordo com os dias da semana articulando com os outros profissionais para o atendimento compartilhado. Reserva um dia para visitas domiciliares. Realiza atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Predomínio de atividades clínicas individuais, mas vincula atividades educativas durante as consultas individuais. Destaca-se a existência de trabalho interprofissional entre os membros da equipe para grupos específicos. Boa integração com a equipe de ACS, nesta equipe percebe-se que os ACS são de fato o elo entre a equipe de saúde e a população, como preconizado pela ESF. Entende a integralidade como visão do indivíduo como todo, como ser humano que possui várias necessidades. Propõe-se a realizar um atendimento resolutivo e encaminhar para sanar outras necessidades. Percebe-se que este profissional indica como desafios para integralidade, aspectos do sentido político e</p>	<p>A atenção é dividida entre as demandas programática, cujos agendamentos são realizados pelas funcionárias da recepção e demanda espontânea, sem reserva de horário. Predomínio de atividades clínicas individuais, mas realiza também atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças aos escolares, além de VD. Diferença: realiza levantamento epidemiológico dos escolares. Relata ter boa relação com os demais membros da equipe, com exceção da sua ASB, devido a dificuldades em estabelecer os critérios das atribuições de cada cargo, mostrando, dessa forma, a necessidade de capacitação profissional. Realiza atendimento compartilhado para as gestantes. Entende que a integralidade é ver o paciente como um todo, ultrapassando os limites da boca e a importância do trabalho em equipe para se atingir a integralidade. Para atingir a integralidade, realiza atendimento resolutivo e encaminha quando necessário. Como desafios relata os poucos recursos, as condições precárias de trabalho, uma demanda grande por atendimento clínico e a excessiva burocracia administrativa. Como</p>	<p>Organiza as atividades em demanda espontânea sem reserva de horário e programada (atendimento compartilhado para as gestantes, visitas domiciliares e atividades educativas). Executa atividades de prevenção, promoção, cura e reabilitação, além de atividades administrativas e reunião de equipe. Predomínio de atividades clínicas individuais, educativas aos escolares e realiza visita domiciliar e atendimentos de próteses dentárias. Boa interação com a equipe de ACS e protagonista das ações – planejamento com os profissionais. Entende a dimensão clínica da integralidade vendo o paciente como um todo, ultrapassando os limites da boca e a importância do trabalho em equipe. Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente. Indica o isolamento do CD no consultório como grande desafio, justificado pela demanda grande por atendimento clínico, tornando-se uma cobrança dos próprios</p>	<p>Organiza a atenção em demanda espontânea, sem critérios para o agendamento, quem chega é atendido no limite das vagas. As grávidas são atendidas sempre que as enfermeiras as encaminham, mas não tem reserva de horário. Realiza visitas domiciliares sempre que a demanda é trazida pelo ACS. Além da consulta domiciliar, essa CD relata que realiza procedimentos no domicílio dos acamados. Predomínio de atividades clínicas individuais, mas realiza também atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças aos escolares. Participa de atividades como reunião de equipe da ESF, porém não possuem periodicidade. Realiza visitas domiciliares quando são solicitadas. Ela só é protagonista nas atividades clínicas. Fruto do modelo biologicista da cura e reabilitação (modelo hegemônico, especialidade que tem e formação). Tais atitudes podem ser explicadas por ter sido inserido em uma equipe e não ter passado por uma capacitação da ESF e sem educação permanente. Boa integração com a equipe da ESF, nessa equipe percebe-se que os ACS são de fato o elo entre a equipe de saúde e a população, como preconizado pela ESF. Realiza trabalho em equipe multiprofissional,</p>

	<p>organizativo da integralidade, como a falta de materiais, falta de recursos físicos e financeiros, além de não se ter uma rede articulada entre os níveis de assistência. Entende que a integralidade necessita do atendimento multiprofissional e olhar o paciente como um todo. Relata a prática da integralidade da assistência por meio de atendimento resolutivo e encaminhando ao perceber outras necessidades. Como limitações, indica a falta de materiais, dificuldade de encaminhamento com cotas insuficientes para o CEO e a falta de investimentos na saúde bucal pública. Como potencialidades, enxerga a possibilidade de encaminhar para atenção secundária, mesmo que insuficiente. Indica também o SUS como potencialidade e própria ESF com uma cobertura populacional satisfatória, aumentando o acesso da população à saúde bucal pública.</p>	<p>potencialidade, relata a relação interpessoal entre os membros da equipe.</p>	<p>pacientes, mas também da gestão, cobrando produção. Como potencialidade, indica que a boa relação interpessoal, o trabalho em equipe e uma rede de cuidados bem estabelecida como potencialidade ao alcance da integralidade.</p>	<p>não há trabalho interdisciplinar. Ela só participa quando é solicitada, aí ela compõe a equipe. Entende que a integralidade é ver o indivíduo como todo, por meio da interação entre os profissionais, bom ambiente de trabalho e desenvolvimento de planejamento coletivo. Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente e trabalha integrada com outros profissionais no atendimento do problema do paciente, extrapolando limites da boca. Indica o próprio paciente como desafio ao alcance da integralidade, relatando que os mesmos faltam às consultas e valorizam mais o tratamento clínico, além da dificuldade em ter uma auxiliar. Como potencialidades, relata a possibilidade de referenciar para um centro de especialidade e a boa interação profissional.</p>
--	--	--	--	---

QUADRO DE ANÁLISE (E9, E10, E11 e E12)

Núcleo de Sentido	E9	E10	E 11	E12
<p>Organização da atenção à saúde bucal. A atenção é dividida entre as demandas programática e espontânea.</p>	<p>A organização da demanda sem critério dos dias da semana ou grupos prioritários, atende os pacientes agendados e as urgências sem reserva de horário: “A gente marca os pacientes, todo dia tem paciente marcado e quando aparece emergência a gente vai atendendo também. Separado só tenho o dia da prótese”.</p>	<p>Demanda programática A demanda programada clínica é realizada por agendamento em todos os dias da semana. “É por agenda, por agendamento, mas a gente deixa um horário vago no caso de urgência, dor. Todos os dias são por agendamento”. Não realiza atendimento aos grupos prioritários (gestantes) nem atendimento compartilhado com outros profissionais, as atividades de prevenção e promoção aos escolares são esporádicas: “Vou à escola também, mas não tem dia certo, só vou quando tem campanha mesmo. Não tem atendimento compartilhado, nem tem dia para gestante, nem hipertenso”. Diferente das outras entrevistadas que relataram uma grande demanda reprimida: “Aqui não tem fila de espera, dá para encaixar todo mundo”.</p>	<p>Demanda programática A demanda programada clínica é organizada por agendamento de acordo com uma lista de espera: “a organização é feita por agendamento, existe uma lista de espera e o nome desse paciente é colocado nesta lista. Quando inicia o tratamento ele vai na unidade toda semana até receber alta”. Trata-se de uma eSF que atende na zona rural e em um dia fica na cidade: “Eu trabalho em três lugares, um dia fico na policlínica do município, um dia em um distrito e os outros três dias no outro distrito, que é o que tem mais demanda por atendimento”. Atendimento a demanda espontânea e urgências sem reserva de horário: “Tem também o atendimento das urgências. Sempre que a pessoa quer colocar o nome na lista, a gente pergunta se está com dor ou se tem alguma coisa incomodando, porque tem casos que a</p>	<p>Demanda programática Como se trata de uma eSF de zona rural, atendendo mais de um distrito, a demanda programada clínica é realizada de acordo com os dias da semana: “A gente tenta se organizar, na segunda, terça e quarta para atender mais a população daqui, na quinta-feira tem um dos distritos, como expliquei a cidade aqui é fragmentada. E na sexta-feira a gente volta para esta unidade para atender o pessoal do outro distrito que vem até a nós para ter atendimento”. Atividades preventivas aos escolares com rotina bimestral: “A gente faz uma atividade motivacional preventiva, visitando as escolas, creches, a gente vai bimestralmente para entrega de kits, numa palestra central ou a gente vai de sala em sala, a gente passa videomotivação, leva o kit de macrodente, então</p>

			<p>gente já atende o que está mais incomodando.” Não realiza atendimento aos grupos prioritários (gestantes) nem atendimento compartilhado com outros profissionais, as atividades de PREVENÇÃO E PROMOÇÃO aos escolares e para a comunidade não tem periodicidade constante: “Vamos também às escolas onde fazemos palestras, dinâmicas e avaliação da condição de saúde bucal das crianças, além da escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor. Mas essas duas ações não têm acontecido rotineiramente (...) aí eu só tenho feito palestras e avaliação nas escolas”.</p>	<p>dá pra ter uma interação melhor, escovação não falta, pode estar faltando até algo nos kits, mas a parte preventiva não falta”.</p> <p>Atendimento à demanda espontânea sem reserva de horário: “Mas atendemos demanda espontânea, quando uma pessoa vem se queixando de alguma coisa, dependendo do turno do dia, estando tranquilo a gente encaixa, ninguém sai sem atendimento, aqui a gente atende todo mundo”.</p>
Atividades desenvolvidas	<p>Predomínio de atividades clínicas, as atividades educativas são esporádicas: “Eu faço de tudo: extração, restauração, raspagem, orientação e prótese. As atividades educativas, às vezes a gente faz palestras.” Essa CD não realiza atividades pertinentes à ESF como visitas domiciliares e reunião de equipe e justifica o predomínio de atividades clínicas pela cobrança da gestão:</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais, as educativas aos escolares e relata realização de atividade educativa para comunidade: “Faço restauração, extração, remoção de tártaro, profilaxia”. “A gente vai nas escolas, faz palestrar e aplicação de flúor, mais ou menos de seis em seis meses”. Percebe-se o trabalho multiprofissional nas atividades educativas. Apesar de não ter uma periodicidade constante, as atividades educativas não são</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais: “Tem os atendimentos clínicos com cirurgia simples, raspagem, limpeza, restaurações. Tem também os atendimentos das urgências, que são os acessos. Fazemos também as atividades coletivas, como as salas de espera, os grupos de gestantes. Vamos também às escolas onde fazemos palestras, dinâmicas e avaliação da condição de saúde bucal das</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais e realiza atividades pertinentes à ESF como reunião de equipe para planejamento das ações, atividades educativas com grupos específicos e visita domiciliar com os demais membros da equipe: “A gente faz a parte preventiva, remoção de placa bacteriana, raspagem gengival, parte periodontal, enfim, extração de amálgama, resina, escovação supervisionada</p>

	<p>“Aqui eu faço mais atividades clínicas, porque nos somos muito cobrados, parece que só temos valor se tivermos atendendo, então a gente atende. Se a gente estiver programando alguma atividade educativa, eles falam que estamos à toa e perguntam o porquê de não ter marcado paciente. Eu acho que isso é uma dificuldade para eu sair do consultório”.</p>	<p>restritas aos escolares. Essa CD relatou a realização de atividades educativas também para a população em geral.</p>	<p>crianças, além da escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor”. As atividades preventivas não estão acontecendo, devido à falta de materiais: “Mas essas duas ações (escovação e flúor) não têm acontecido rotineiramente, nestes mais de dois anos que estou aqui no município só aconteceu uma vez devido à falta de material, fiz uma vez e nunca mais chegou de novo...” Atividades educativas de promoção à saúde permanecem sendo feitas: “Aí eu só tenho feito palestras e avaliação nas escolas”.</p>	<p>nos grupos e nas escolas, uma vez por mês fazemos visita domiciliar ou quando for solicitado” “ Tem os grupos de hipertensos que eu participo e falo sobre a saúde bucal, cuidados com a gengiva, os cuidados que os diabéticos têm que ter, problemas periodontais. O planejamento para as atividades é tudo junto, a enfermeira é muito dinâmica e realiza a integração”. “Uma vez por mês quando se faz a visita domiciliar a gente desce junto, dentista, enfermeira, a THD, a TSD e a agente comunitária que conhece a área”. Percebe-se o trabalho multiprofissional nas atividades educativas. Apesar de não ter uma periodicidade constante, as atividades educativas não são restritas aos escolares. Essa equipe realiza também atividades educativas para a população em geral.</p>
<p>Integração profissional na eSF</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional: “A gente tem uma boa integração, sempre que a gente precisa eles ajudam”. Apesar de relacionar esse tipo de atendimento como</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional em uma única atividade educativa à comunidade: “Fizemos uma atividade em conjunto com toda a equipe no dia das mães, foi uma palestra, com atendimento de</p>	<p>Relata dificuldade de integração com a equipe e isolamento da eSb do restante da equipe: “A meu ver não tem integração da equipe da ESF com a equipe de saúde bucal não. É como se fossem duas</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional nas atividades clínicas e nos grupos educativos: “A gente tenta adequar com a realidade da médica e da enfermeira, exemplo preventivo, as pessoas que</p>

	<p>atendimento compartilhado, percebe-se um trabalho em equipe de forma sequencial. “Eu faço atendimento compartilhado com os outros profissionais, no caso quando aparece um paciente para mim que eu preciso de passar ele para o médico aí eu chamo o médico ou mando o paciente procurar ele, mas não tem dia certo”.</p>	<p>nutricionista, enfermeiro, dentista, etc. Foi uma atividade bem legal, participaram todas as equipes de PSF do município”. Relata nunca ter participado de uma reunião de equipe: “Em relação a reuniões, eu nunca participei de nenhuma”. Boa integração com a equipe de ESF: “A gente tem uma boa integração com a equipe da saúde da família, os ACS levam recado para o paciente quando a gente pede. Se a gente precisa de alguma informação, eles nos ajudam também e pegam o prontuário do paciente”.</p>	<p>coisas separadas. Ao longo do tempo que trabalho aqui, já passei por três enfermeiras e eu nunca percebi essa integração, ultimamente nem reunião de equipe está tendo”. Apesar de indicar o isolamento por parte do restante da equipe, relata a enfermeira convidando para trabalhar em equipe e percebe-se a insatisfação com relações interpessoais: “Essa última enfermeira que só chegou perto de mim falando que precisa que participe do grupo de gestantes”. “Tem muita coisa que a gente tem que correr atrás sozinhas. Teve um dia que estragou a autoclave e a gente passou maior aperto com isso, conversamos com a enfermeira, mas a gente não viu muito interesse em correr atrás para nos ajudar”.</p>	<p>estão no preventivo a gente atende, o mesmo com as gestantes, difícil dá um brechinha mas a gente tenta estar aqui, aproveita que a gestante veio ao médico e tento fazer um atendimento nela, mas não consigo deixar a minha agenda livre para isso, vou atendendo os outros pacientes e tento encaixar as gestantes”. Boa integração com a equipe de ESF, com agenda compartilhada: “Aqui não fica isolada a equipe de saúde bucal com a equipe da saúde da família, que isso é devido ao perfil dos profissionais que estão trabalhando, quando alguém na equipe não possui esse perfil de integralidade fica mais complicado de se executar. Eu vejo isso aí como a peça-chave e com a orientação. Temos uma agenda conjunta, que funciona bem direitinho, temos até um grupo de whatsapp, onde comunicamos, por exemplo, quando estamos na rua para atender..., este grupo é só da equipe, o grupo de whatsapp foi uma estímulo e melhorou a integração”.</p>
--	--	--	--	--

<p>Entendimento sobre integralidade</p>	<p>Entende que a integralidade é prestar um atendimento clínico resolutivo, evitando encaminhamentos desnecessários: “pra mim a integralidade é você fazer o máximo que você puder por aquele paciente sem ficar tentando encaminhar”.</p>	<p>Entende a integralidade como integração profissional e atrela o sentido de integralidade ao bom funcionamento do serviço de saúde, sentido organizativo da integralidade: “Acho a integralidade muito importante, tem que ter, tem que integrar tudo, para ter um bom funcionamento. O significado para mim de integralidade é o companheirismo, o bom funcionamento mesmo”.</p>	<p>Entende a integralidade como continuidade do tratamento e olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões (duas dimensões da integralidade): “Eu vejo o principio da integralidade de duas formas. A primeira é o indivíduo ser atendido de forma integral nos diferentes níveis de complexidade, desde a atenção primária até o nível terciário, começando aqui pelo posto de saúde e, se for preciso, encaminhar esse paciente para um nível maior de complexidade para que ele tenha um cuidado completo para todas as suas necessidades. A segunda forma que eu vejo a integralidade é o tratamento do indivíduo, do ser humano como um todo, não se preocupando apenas com o tratamento bucal ou só com os dentes, mas olhando esse paciente como um todo, com suas emoções, seus hábitos, sua cultura, a sua família, o ambiente onde ele vive ou trabalha... é enxergar o paciente em sua totalidade”.</p>	<p>Entende que a integralidade é olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões e necessidades, não se limitando à saúde bucal: “A integralidade realmente é quando a gente consegue demonstrar para o usuário e dar aquilo que ele vem buscar, ser resolutivo, ela abrange não só do infante, da criança até a terceira idade, quando funcionamento do serviço é eficaz para o usuário, como, por exemplo, um paciente em tratamento odontológico está com uma mancha ou micose ou está tossindo, é tentar fazer um encaminhamento para o médico, tratar holisticamente o paciente o que ele está sentindo”.</p>
<p>Prática da integralidade no seu cotidiano</p>	<p>Entende que pratica a integralidade por meio de um atendimento resolutivo e evitando encaminhamentos desnecessários e com o</p>	<p>Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente: “Com orientações e encaminhamento os pacientes, no caso de</p>	<p>Pratica a integralidade por meio de um atendimento resolutivo e encaminhando ao perceber outras necessidades (de saúde bucal):</p>	<p>Pratica a integralidade por meio do encaminhamento ao perceber outras necessidades do paciente: “Encaminho, por exemplo,</p>

	<p>trabalho em equipe: “A gente tenta, né... eu vejo em outros municípios os dentistas de ESF encaminhando coisas que dá para fazer no posto de saúde. Mas aqui eu e o outro dentista fazemos bem mais coisas. Acho que o fato de ter outro dentista trabalhando perto dá mais segurança”.</p>	<p>endodontia para o CEO, os pacientes com necessidades especiais. Ou encaminhado para o médico, no caso de hipertensão, peço para aferir a pressão e laudo do médico”.</p>	<p>“No nosso atendimento a gente tenta contemplar a integralidade ao oferecer ao paciente um atendimento completo, na medida do possível. Além de encaminhar para o CEO quando tem necessidade”. “Então eu acho que integralidade, a gente tem feito dessa forma, é tentar oferecer ao paciente o nosso melhor e acompanhar ele, vendo se está tudo bem e se ele está satisfeito com atendimento recebido”.</p>	<p>para parte psicológica, CRAS, CAPS se precisar eu consigo encaminhar”.</p>
<p>Limitações e desafios para atingir integralidade</p>	<p>Indica a falta de apoio da gestão como desafio ao alcance da integralidade, relatando falta de materiais e equipamentos: “Eu acho que são dificuldade de qualquer serviço público, da gestão compreender o que a gente precisa (...) parece que eles não entendem do nosso trabalho nem o que a gente precisa para trabalhar. Temos poucos materiais e quando os equipamentos estragam é difícil de consertar. A gente tem que ficar pedindo, pedindo, pedindo”. “Os equipamentos estão funcionando de forma precária. A caneta de alta rotação jorra água, eu</p>	<p>Apesar de relatar não ter nenhum desafio, indica que faltam materiais e que chega a comprar para não interromper o atendimento, aponta também o baixo salário como um desafio, o que gerou um acordo de redução de carga horária para compensar o baixo salário, mas que compromete a assistência prestada. As faltas dos pacientes são relatadas como principal desafio: “Não vejo nenhum desafio, falta algum material, as cotas para o CEO atende. A integralidade com os pacientes daqui é um desafio para mim, porque os pacientes faltam muito, os materiais às vezes tenho que comprar, porque não tem, o salário também não é aquele incentivo, eu não</p>	<p>Dificuldades de encaminhamentos e articulação entre os níveis de assistência são citados como desafios para integralidade, além da falta de materiais e manutenção dos equipamentos: “Muitas vezes a gente encaminha o paciente, mas demora tanto para o CEO disponibilizar uma vaga que o paciente perde o dente, como acontece quando encaminho um paciente para fazer canal, que demora tanto que o dente acaba quebrando antes desse paciente ser marcado para consulta”. “Essa falta de material está prejudicando as ações feitas nas escolas de promoção e prevenção</p>	<p>Indica a falta de capacitação profissional/ educação permanente e as dificuldades para encaminhar ao CEO como desafio a integralidade, além da falta de material (gestão e administração adequados - dimensão política da integralidade): “Os desafios é a falta de capacitação, outro desafio são as cotas (insuficientes)”. “Material que falta prejudica muita coisa, aumentaram a burocracia e dificultaram as licitações para aquisição e compra desses materiais, essas compras não podendo ser feitas a gente não tem material”.</p>

	<p>molho o paciente todo...". Indica a falta de um coordenador de saúde bucal, além da dificuldade de integração com o coordenador da atenção básica como desafio; "Não temos um coordenador de saúde bucal no município, apenas um coordenador de atenção básica, mas ele não ajuda muito não. Ele apenas dá ordens quanto ao serviço ou dá recados da regional. Nosso contato é só de oi e tchau...".</p>	<p>trabalho a tarde toda, se eu trabalhasse a tarde toda eu poderia atender mais pacientes, por causa do salário".</p>	<p>com as crianças. Outra coisa que acontece muito aqui na unidade é estragar os equipamentos, já estragou compressor, sugador, a cadeira, a luz/foco e não é rápido para arrumar." Aponta como desafio a falta de incentivo financeiro e baixo salário: " nós não temos muita motivação não, não recebemos nenhum incentivo financeiro para atuar em ESF, não recebemos nada do PMAQ, eles (gestão) não repassam nada do PMAQ para os profissionais. Então você quer fazer um trabalho completo, de excelência mas você não tem nenhum incentivo para fazer". Relata como dificuldades a falta de um coordenador próprio da saúde bucal, a falta de uma e gestão comprometida (dimensão política da integralidade): "Eu vejo aqui a integralidade nas pequenas coisas, poderia ser melhor, poderíamos ter uma maior integração com a equipe, outra coisa é o fato de não termos um coordenador de saúde bucal, eu sinto muita falta disso, porque eu fico perdida muitas vezes, sem</p>	
--	---	---	---	--

			saber como que eu posso melhorar uma coisa ou outra, até em termos de coisas burocráticas, como as metas e indicadores. Aí eu fico muito perdida porque não tem uma pessoa que posso tirar minhas dúvidas ou até mesmo uma pessoa que me cobre ou que me pergunte como é que estão as coisas... eu acho que isso interfere também, de não ter uma pessoa à frente para correr atrás dos nossos problemas como profissionais também”.	
Potencialidades para atingir a integralidade	Entende que a boa relação interpessoal com a equipe e o fato de ter outro dentista trabalhando junto, além da boa vontade pessoal, como potencialidade ao alcance da integralidade: “Em relação a potencialidades eu acho que o que é bom é o fato de ter um dentista trabalhando próximo da minha unidade, podendo me ajudar e o fato de ter um bom acesso aos outros profissionais. O fato da gente ter um bom relacionamento ajuda muito. O médico da minha unidade me atende na hora que peço, se precisar ele passa algum medicamento	Relata pouca demanda como potencialidade ao alcance da integralidade: “Eles podem vir duas vezes na semana também, que o tratamento consegue concluir rápido..” Destaca-se que, diferentemente das outras CDs entrevistadas e observadas, essa relata sobra de vagas para o atendimento, mesmo atendendo apenas de manhã.	Relata a boa vontade do profissional como potencialidade ao alcance da integralidade: “Quanto à potencialidade acho que está mais vinculado à nossa boa vontade em fazer o melhor para população”. “Nosso atendimento aqui é feito da melhor forma possível, nossos pacientes são atendidos com muito carinho e respeito, a gente tenta ajudar o máximo que pode, a gente flexibiliza horário, porque temos muitos pacientes que trabalham e a gente fala que pode vir no horário do seu café ou mais tarde. A gente tenta ajudar ao máximo”.	Relata a boa vontade do profissional como potencialidade ao alcance da integralidade: “Os serviços que eu exerço aqui e estão fora da minha obrigação, são extras, enxergo como potencialidades, o profissional pode oferecer de melhor, apesar da atenção básica não preconizar, é o fato de você gostar já te abre uma vantagem de como você pode ajudar”.

	<p>para o meu paciente e libera ou não para o atendimento odontológico. Então como lado bom eu acho que mais o lado pessoal dos profissionais que trabalham com a gente”.</p>			
Síntese vertical	<p>A organização da assistência em saúde bucal não é estabelecida por nenhum critério. Apenas em um dia da semana que são reservados os turnos para realização de procedimentos clínicos de prótese dentária. Atende os pacientes agendados e de urgência de acordo com a demanda. Realiza atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Essa CD não realiza atividades pertinentes à ESF, como visitas domiciliares e reunião de equipe e justifica o predomínio de atividades clínicas pela cobrança da gestão, ocasionando o isolamento do CD no consultório. Entende que pratica a integralidade por meio de um atendimento resolutivo e evitando encaminhamentos desnecessários e com o trabalho em equipe. Como limitações ao alcance da</p>	<p>Não apresentou critérios para organização da atenção à saúde bucal, atende as pessoas que buscam tratamento clínico. Diferentemente das outras participantes desta pesquisa, essa CD relatou baixa demanda, com poucos pacientes procurando tratamento. Não realiza atividades pertinentes à ESF, como atendimento compartilhado interprofissional ou atendimento aos grupos prioritários, nunca participou de nenhuma reunião de equipe, nem relata a realização de visitas domiciliares. Destaca-se que as reuniões de equipe seriam uma forma de integração e maneira de planejamento das ações. Não possui uma agenda programada com ações de prevenção da saúde ou promoção de doenças. Relata já ter feito uma atividade educativa com a população e visitas esporádicas às creches, normalmente duas vezes ao ano. Dessa forma, constata-se que o predomínio é de atividades clínicas individuais, com raras</p>	<p>A organização da assistência em saúde bucal é estabelecida pelo critério dos dias das semanas, entre demanda espontânea e programática. Trata-se de uma eSB da zona rural e atende em três UBS distintas. Não realiza atividades pertinentes à ESF, como atendimento aos grupos prioritários (gestantes) nem atendimento compartilhado com outros profissionais, não participa de reunião de equipe, nem relata a realização de visitas domiciliares. As atividades predominantes são as clínicas individuais, mas realiza também atividades de prevenção a doenças e promoção da saúde, porém restritas aos escolares. Relata isolamento do CD no consultório. Entretanto, apesar de apontar o isolamento por parte do restante da equipe, relata a enfermeira convidando para trabalhar em equipe e percebe-se a insatisfação com relações interpessoais.</p>	<p>A organização da assistência em saúde bucal é estabelecida pelos critérios dos dias da semana, entre demanda espontânea e programática. Como se trata de uma eSF de zona rural, atendendo a mais de um distrito, a demanda programada clínica é realizada cada dia em uma UBS. As atividades preventivas e de promoção aos escolares são realizadas rotineiramente, com periodicidade bimestral. Predomínio de atividades clínicas individuais e realiza atividades pertinentes à ESF como reunião de equipe para planejamento das ações, atividades educativas com grupos específicos e visita domiciliar com os demais membros da equipe. Realiza atividades de prevenção, cura e reabilitação e de promoção da saúde. Percebe-se o trabalho multiprofissional nas atividades educativas. Apesar</p>

	<p>integralidade da assistência, indica a falta de apoio da gestão, falta de materiais e equipamentos. Como potencialidade, indica sua própria boa vontade, além da disponibilidade de outro dentista, atendendo no mesmo ambiente físico e boa convivência na equipe.</p>	<p>atividades de cunho preventivo ou para promoção da saúde. Relata ter boa relação interpessoal com os demais membros da equipe. Entende a integralidade como integração profissional e atrela o sentido de integralidade ao bom funcionamento do serviço de saúde, sentido organizativo da integralidade. Essa CD também traz o comportamento dos pacientes como desafio (como E--), ao faltarem às consultas, indica também que faltam materiais e que chega a comprar para não interromper o atendimento, relata também o baixo salário como um desafio, o que gerou um acordo de redução de carga horária para compensar o baixo salário, mas que compromete a assistência prestada. Como potencialidade, relata a pouca procura por atendimento odontológico, possibilitando marcar os retornos mais próximos e terminar o tratamento mais rápido.</p>	<p>Entende a integralidade como continuidade do tratamento e olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões (duas dimensões da integralidade). Relata a prática da integralidade por meio de um atendimento resolutivo e encaminhando ao perceber outras necessidades, entretanto referiu-se apenas a procedimentos odontológicos. Como limitações ao alcance da integralidade aponta as dificuldades de encaminhamentos e articulação insatisfatória entre os níveis de assistência, a falta de materiais e manutenção dos equipamentos, os baixos salários (incentivo financeiro) e a ausência de um coordenador próprio da saúde bucal, a falta de uma gestão comprometida (dimensão política da integralidade). Apesar de não relatar diretamente, percebe-se que essa CD tem relatos que podemos vislumbrar os três sentidos da integralidade proposto por Matos (2004). Como potencialidade ao alcance da integralidade, essa CD cita a boa vontade do profissional, no sentido das boas práticas.</p>	<p>de não ter periodicidade constante, as atividades educativas não são restritas aos escolares. Essa equipe realiza também atividades educativas para população em geral. Relata boa integração profissional, realizando atendimento compartilhado aos grupos prioritários e com integração também nas atividades educativas e administrativas. Destaca-se que esta equipe, apesar de ser de zona rural, com mais propensão ao atendimento fragmentado, com isolamento da saúde bucal, pois presta assistência em três UBS diferentes, o que dificulta a organização da agenda dos profissionais. Essa equipe possui boa integração e realiza atendimento interprofissional. Entende que a integralidade é olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões e necessidades, não se limitando à saúde bucal. E pratica a integralidade encaminhando para sanar essas necessidades, cita encaminhamentos para setores sociais, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Indica a falta de capacitação profissional/ educação permanente e as</p>
--	--	--	---	---

				<p>dificuldades para encaminhar ao CEO como desafio à integralidade (dimensão cínica), além da falta de material (gestão e políticas públicas adequadas - dimensão política e organizativa da integralidade). Como potencialidade ao alcance da integralidade, esse CD indica a boa vontade do profissional ao se comprometer com um atendimento resolutivo e ofertar mais que a AB oferece, realizando procedimentos que ultrapassem a AB.</p>
--	--	--	--	---

QUADRO DE ANÁLISE (E13 e SÍNTESE HORIZONTAL)

Núcleo de Sentido	E13	Síntese Horizontal de E1 até E13
<p>Organização da atenção à saúde bucal. A atenção é dividida entre as demandas programática e espontânea.</p>	<p>Demanda programática: A organização da demanda programática acontece de acordo com os dias da semana ou grupos prioritários, realiza visita domiciliar quando solicitada: “O atendimento ele acontece de segunda à sexta, na quarta-feira tem um atendimento de Puericultura junto com a enfermeira, na segunda-feira tenho pré-natal da equipe de enfermagem de gestante, aí as gestantes passam por mim também, na segunda-feira à noite é a saúde do trabalhador, na quinta-feira pela manhã tem a demanda livre que os pacientes vêm para resolverem problemas pontuais”. “As visitas domiciliares acontecem de acordo com a necessidade dos agentes comunitários”. Atividades educativas predominantes aos escolares: “As atividades na creche, que a gente tem uma creche só, nós fazemos atividade pelo menos uma vez por mês, onde eu faço a escovação e atividades educativas com as crianças de 0 a 5 anos”. Atendimento à demanda espontânea comum dia específico e nos outros dias sem reserva de horário: “Muitas pessoas queriam fazer só um procedimento alguma coisa pequena então eu criei essa demanda livre”. “Eu atendo todos os dias, aqui tem muita urgência no bairro, aí eu atendo no momento em que</p>	<p>A organização do serviço dos CDs se orientam pela demanda programada e espontânea na maioria dos participantes, apenas 3 não apresentaram critérios de organização da assistência em saúde bucal (E8, E9, E10). Orientação geral da ESF. No entanto, o CD tem livre autonomia para organizar a atenção à SB. Em nenhum dos municípios desta pesquisa existe normatização para organização do processo de trabalho do CD. Por isso, observa-se a diferença no atendimento da demanda espontânea: sem reserva de horário pela maioria dos CDs, apenas 3 CDs reservam horário para esse tipo de demanda, os demais atendem entre os agendados. Portanto, verifica-se que a maioria dos dentistas atende à proposta de organização da assistência bucal proposta pela PNSB e pela ESF.</p> <p>As ações programáticas são desenvolvidas em grupos específicos (gestantes; hipertensos; diabéticos; criança e escolares foram relatados pela maioria, e atendimentos agendados para atingirem o tratamento completado. Apenas 3 não realizam). Atendimento ao trabalhador: foi citado por (4); atividades administrativas (destaca-se o planejamento como uma atividade que envolve demais membros da equipe) (4) e reunião com a equipe (5). Chama a atenção que mais da metade dos CD realizava visita domiciliar de maneira rotineira ou quando solicitada; o atendimento compartilhado entre os profissionais de maneira interprofissional foi citado por alguns dos participantes, enquanto outros relataram realizar atendimento em equipe de forma sequencial ou por encaminhamento dentro da equipe. Destaca-se que dois CDs não realizam atendimento algum em equipe. Apesar dos procedimentos de prótese dentária serem pertinentes à APS como forma de garantir a reabilitação da saúde, apenas 3 CDs relataram a realização de tais procedimentos. Cabe destacar que a revisão da PNAB (2017) reforça a importância de tais procedimentos serem incluídos nas atividades cotidianas do CD na ESF. Verifica-se que as atividades realizadas pela maioria dos CDs aproximam-se do modelo assistencial proposto pela ESF, como as VDs, reuniões de equipe, ações de planejamento, trabalho em equipe, a realização de atividades interprofissionais, com vistas ao modelo de atenção integral. Houve evolução na atuação do CD de uma visão apenas clínica para ações de prevenção promoção cura e reabilitação.</p> <p>Ressalta-se a fala de E3 referente à demanda espontânea grande. Sua área de abrangência está localizada em um território de vulnerabilidade socioeconômica, onde a maioria da população é usuária exclusiva do SUS. Predomínio da clínica, porém se esforça para desenvolver a promoção da saúde e prevenção doença. O princípio da equidade deve ser considerado na organização do processo de trabalho e no atendimento a essa população.</p>

	<p>surgirem, vou encaixando entre os pacientes agendados”.</p>	<p>Quanto mais vulnerável maior deve ser a atenção. Necessidade de melhor organização do processo de trabalho e verificar a necessidade de inserir mais profissionais. O diagnóstico de saúde da área de atuação do CD deve ser um dos instrumentos para o planejamento das ações, pois poderá verificar quais são os determinantes sociais de saúde desta população. Considerar estes determinantes no dimensionamento de CD para essa área é fundamental para integralidade da assistência. Essa grande demanda por atendimento clínico é apontado na fala de diversos participantes (6).</p>
<p>Atividades desenvolvidas</p>	<p>Predomínio de atividades clínicas individuais, atividades educativas aos escolares e comunidade, além de visita domiciliar: “Realizo visitas domiciliares, atendimento clínico, que é o que mais faço, atividades educativas nas creches e de escovação supervisionada”. “Nós fazemos atividades educativas com a população, mas isso acontece muito pouco, pois temos muita dificuldade para fazer a população entender que isso é importante, que isso faz parte do nosso trabalho, a população está mais preocupada com a parte assistencial e não importa com a parte preventiva ou de promoção”. Realiza atividades pertinentes à ESF, como visitas domiciliares e reunião de equipe: “Antigamente tínhamos reunião de equipe. Primeiro era semanalmente, depois passou para de quinze em quinze dias e agora não tem mais. Resolvemos tudo pelo whatsapp. Eu não concordo. Há pouco tempo eu consegui colocar uma reunião por mês”.</p>	<p>A maioria das CDs relata o predomínio de atividades clínicas individuais. A única CD que relatou o predomínio de atividades preventivas e de promoção justificou essa ocorrência com o fato de seu consultório estar com defeito, o que demonstra a força do modelo curativista, individual predominante na atenção à saúde e na saúde bucal. Há que se considerar que a política de SB foi implantada em 2004 e desde essa época vem se tentando romper com esse modelo. O país possui uma demanda reprimida histórica resultado da insuficiência de atenção odontológica pública e inserção tardia das eSB na ESF. A PNSB recomenda que 75% da carga horária do CD sejam destinados a atendimentos clínicos e 25% a atividades administrativas, educacional, promoção, prevenção e educação permanente (BRASIL, 2004a). Destaca-se que a maioria dos participantes relatou a realização de atividades educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças na população adscrita e apenas 3 CDs realizavam tais atividades exclusivamente aos escolares. Esse fato mostra uma mudança no processo de trabalho proporcionado pela ESF e atendendo às recomendações da PNSB. Uma das CDs que está sem realizar atividades clínicas em virtude de o consultório estar com defeito, porém este ano ainda não realizou atividade na creche, dessa forma não está fazendo nem atendimento clínico nem de prevenção e promoção. Ainda existem profissionais não habilitados e estimulados para o desenvolvimento de atividades pertinentes ao trabalho do CD na ESF e fundamental importância no desenvolvimento da PNSB, prática com escolares arraigadas ao modelo tradicional da odontologia.</p>
<p>Integração profissional na eSF</p>	<p>Trabalho em equipe multiprofissional e indica a grande demanda para atendimento clínico como desafio à integração entre os profissionais: “Nós fazemos atendimento compartilhado com as crianças e com as gestantes, aí quando elas vêm para o atendimento da enfermeira elas passam por mim também”. “Não tenho problema em relação ao</p>	<p>A maioria das CD relata boa integração profissional com os demais profissionais da unidade. Realiza trabalho em equipe multiprofissional, alguns realizam atividades com os mesmos pacientes, sendo atendidos de forma sequencial entre os profissionais; destaca-se que não é um atendimento compartilhado. Foi relatado o trabalho em equipe interprofissional em alguns dos CDs, esses atendimentos são destinados a alguns grupos prioritários, como gestantes e puericultura. Verifica-se a busca pela integração e inserção do CD nas atividades da equipe de SF. Verificou-se nesta pesquisa o isolamento de CD no consultório, relatado em alguns dos entrevistados. Mesmo que de forma incipiente existe a busca pela integralidade da assistência.</p>

	<p>trabalho com a equipe, mas o que eu vejo assim em relação ao trabalho geral é o dentista ficar muito isolado na sala ele fica muito preso dentro da sala, por conta da demanda (para tratamento clínico) que é muito grande”.</p> <p>Visão fragmentada dos próprios membros da equipe quanto ao papel do CD na ESF: “Eles não me chamavam (para algumas reuniões), pois falavam que não ia falar de Odontologia, mas eu não concordo. Acho que se a equipe tem saúde bucal, eu deveria poder participar de todas as reuniões”.</p> <p>Boa integração com a equipe de ACS, nesta equipe percebe-se que os ACS são de fato o elo entre a equipe de saúde e a população, como preconizado pela ESF: “Em relação à equipe, eu não tenho dificuldade nenhuma, se precisar de dar um recado, os ACS transmitem o recado e me dão retorno, eles têm o domínio da área muito grande essa comunicação agente comunitário comigo é muito tranquilo”.</p>	<p>A dificuldade de integração com a equipe de ACS foi relatada por alguns dos participantes, entretanto, outros referiram que o ACS está de fato cumprindo seu papel de elo entre a equipe de saúde e a comunidade.</p> <p>O trabalho em equipe interprofissional é relatado em alguns CD nas atividades educativas e de promoção da saúde. Demonstra um avanço, pois a maioria dos CD antes da ESF realizavam de forma isolada o atendimento clínico e esporadicamente atividades educativas específicas da SB para escolares.</p>
<p>Entendimento sobre integralidade</p>	<p>Entende que a integralidade é olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões e se atentar para as suas necessidades: “Acho que é tentar resolver o problema num todo, não só da saúde bucal, acho que dentro de uma unidade de ESF temos que pensar num conjunto, não só a parte assistencial odontológica, médica ou de enfermagem. Acho que é garantir ao paciente o resultado que ele precisa e tentar intervir num todo, na garantia da qualidade física e mental da saúde dele também e da parte social, que é essencial também”.</p> <p>Percebe-se que esta CD mostra a importância</p>	<p>Todas as CD entendem que a integralidade é alcançada no trabalho em equipe e na compreensão da multideterminação social do processo saúde-doença dos indivíduos e suas necessidades. Os CDs demonstram entendimento da integralidade da assistência ao referirem que a integralidade é ver o indivíduo como um todo, ou seja, além da boca e compartilhar e trocar informações com os demais profissionais da equipe. Apesar de a pesquisa procurar compreender a dimensão da integralidade da assistência, pode-se verificar que alguns CDs foram além dessa dimensão, abordando os demais sentidos da integralidade. O principal sentido (MATOS, 2001) do conceito da integralidade do qual a maioria das CD informa é sobre a boa prática profissional. Apenas 3 CDs referem-se ao sentidos organizativos da integralidade: organização das práticas. E apenas 2 CDs remetem à importância de respostas governamentais aos problemas de saúde – dimensão política da integralidade. Aparece na fala de E4 e E13 o sentido da integralidade de organização do serviço e de política de saúde para que possa dar continuidade ao tratamento. O entendimento que a maioria dos CDs se apropria se aproxima do princípio da integralidade proposta pelo Ministério da Saúde em 2005 e Botazzo (2008), reconhecendo-a como um princípio fundamental do SUS, o qual garante ao</p>

	<p>da dimensão política da integralidade: “Não podemos focar só na saúde sem pensar na área social. Aí eu penso que a integralidade envolve, além de nós, profissionais da saúde, mas a gestão também. A gestão é extremamente importante na integralidade, que é muito ampla.”</p>	<p>usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005). Dessa forma, as CDs procuram realizar a melhor prática profissional, porém não encontram sustentabilidade, em virtude de precária organização do serviço e suporte político que vislumbrem a integralidade como o eixo norteador do modelo assistencial na saúde. Indica a necessidade de educação permanente (três grupos de entendimento).</p>
<p>Prática da integralidade no seu cotidiano</p>	<p>Pratica a integralidade por meio de um atendimento resolutivo e encaminhando ao perceber outras necessidades. Também está fazendo busca ativa nos pacientes que terminaram o tratamento há algum tempo para que recebam ações preventivas ou que as ações curativas sejam ofertadas na APS: “Em relação ao meu trabalho, eu tento resolver tudo o que eu posso para aquele paciente. E agora eu trabalhando muito no retorno desses pacientes, insistindo que eles voltem e busquem o atendimento não só quando estiverem com problemas, mas na parte educativa e preventiva também, insisto para eles retornarem depois de seis meses. Agora estou fazendo o controle disso, antes o paciente terminava o tratamento e pronto, agora eu já anoto num caderninho e o ACS já passa na casa desse paciente e avisa quando ele deve voltar”. “Já precisei encaminhar paciente para assistente social e tive retorno, já encaminhei pacientes com problemas psicológicos e também consegui”. Boa prática profissional: “Geralmente é assim: usuário que chega até a unidade e pergunta pelo dentista, mesmo que eu esteja ocupada ou não tem a possibilidade de ter a vaga para tratamento ele sai com uma resposta, o usuário nunca fica sem resposta. Isso é</p>	<p>Todos declararam que executam a integralidade da assistência na prática, entendendo que é necessário ver o indivíduo como um todo. Entendem que para a integralidade existe a necessidade de continuidade do tratamento nos demais níveis de atenção. Todas mencionaram a necessidade do trabalho multiprofissional da saúde para o desenvolvimento da integralidade. Compreendem o conceito de saúde ampliado.</p> <p>Alguns CDs praticam a integralidade por meio de um atendimento resolutivo de saúde bucal e a partir do encaminhamento para outros níveis de atenção odontológicos, focando a clínica odontológica, dessa forma, promovem a integralidade da assistência bucal, o que não garante a integralidade da assistência à saúde. Destaca-se que a maioria dos CD compreende e pratica a integralidade ao ultrapassar limites bucais e atentar para outras necessidades, como as emocionais e sociais, demonstrando evolução na compreensão do modelo assistencial proposto pela PNSB e ESF. Uma CD (E13) cita, ainda, que pratica a integralidade por meio de uma busca ativa dos pacientes que já terminaram o tratamento clínico, para oferecer a eles o atendimento preventivo e de promoção da saúde.</p> <p>Todas as entrevistadas revelam a importância de compreender as necessidades dos seus pacientes e de encaminhar a outros profissionais ou outros níveis de assistência quando necessário.</p> <p>Apesar de as entrevistadas entenderem a importância do trabalho em equipe e interprofissional, percebe-se ainda o predomínio do trabalho multiprofissional dificultando a integralidade da assistência.</p>

	<p>uma cobrança que eu faço para os meus agentes e até para minha auxiliar, tem que ter esse acolhimento ou pelo menos tem que dar uma satisfação para o usuário”.</p> <p>Entende que o profissional da ESF é antes da especificidade de sua formação profissional, um profissional de saúde: “Não acho que dentista tem se envolver só com a Odontologia ou a enfermeira só com a Enfermagem, acho que um dentista pode sim ajudar numa campanha de vacina, pode pedir cartão de vacina para os usuários e verificar se está completo. Então eu acho que tem varias formas de todos os profissionais da equipe participarem de todo o processo de trabalho dentro de uma unidade de ESF”.</p>	
<p>Limitações e desafios para atingir integralidade</p>	<p>Indica a falta de material, recurso e a dificuldade de encaminhamento ao CEO, além de uma gestão comprometida como desafios ao alcance da integralidade:</p> <p>“Às vezes não tenho material para atender, mas eu olho e pelo menos passo uma medicação e remarco”. “Na atual conjuntura do país, a integralidade está muito difícil... conseguir tudo que o paciente precisa é muito difícil, então a gente tenta conseguir o máximo dentro da unidade da ESF”. “Se o paciente precisa de um tratamento de canal, ele vai ficar em torno de seis meses a um ano esperando vaga, ele acaba perdendo esse dente, tendo que extrair, aí para ele conseguir a prótese para reabilitação, vai demorar mais de um ano... cadê a integralidade?”. “Eu fiz o que eu pude, mas é uma questão muito maior, depende da gestão, de recursos financeiros, envolve uma coisa muito maior”.</p>	<p>Entre os participantes, a maioria dos CDs reconhece que a dificuldade de encaminhamento para atenção secundária é um desafio para atingir a integralidade, com poucas cotas e profissionais que não cumprem a carga horária estabelecida, dificultando o referenciamento para os especialistas - problema do sentido da organização do serviço e da dificuldade de efetivação das políticas de integralidade (PNSB).</p> <p>A maioria dos CDs entende que condições precárias de trabalho e infraestrutura deficiente também são um desafio. Isso reafirma a necessidade de que para efetivar a integralidade existe a necessidade de organização da prática, da rede e de compromisso com a política da integralidade.</p> <p>Uma CD (E1) informou como limitação a prática da integralidade, a visão dos ACS em relação ao seu trabalho, os quais acreditam que o CD deve se limitar às práticas clínicas. Reforça o modelo assistência de saúde (cura); a ausência de educação permanente da equipe; e de trabalho em equipe. Nesse aspecto, apenas 1 CD (E12) relatou a falta de capacitação profissional como dificuldade ao alcance da integralidade.</p> <p>Dos CDs entrevistados, alguns acreditam que a excessiva demanda para atendimento clínico individual é um desafio para atingir a integralidade. Princípio da equidade, da vulnerabilidade da população adscrita à UBS; planejamento sem vislumbrar as necessidades de saúde da população. Historicamente, pais dos desdentados. Oferta de SB pública tardia no país.</p> <p>Essa grande demanda por procedimentos clínicos é um dos motivos de mais isolamento do CD no consultório odontológico.</p> <p>Poucos investimentos na saúde pública e nas políticas sociais.</p>

	<p>As atividades educativas com a comunidade apresentam-se como desafio, pois a população está habituada ao modelo biomédico, clínico-assistencial:</p> <p>“a gente tenta, mas fazemos muito pouco, acho que pelo fato de já termos feito varias vezes e não temos retorno positivo da população, acabamos ficando desmotivados.”</p> <p>A excessiva demanda para atendimento clínico também é um desafio:</p> <p>“ acho que a demanda muito grande também dificulta, minha população é de quase cinco mil pessoas, pois sobrecarrega a agenda, tenho que ficar encaixando tanta gente, que concluir o tratamento vai ficando cada vez mais demorado.”</p>	<p>Cabe destacar que 4 CDs reportaram como desafio a falta de recursos e investimentos em políticas públicas de saúde bucal, além da necessidade de uma gestão comprometida com a qualidade da assistência.</p> <p>Outros desafios lembrados foram a excessiva cobrança por produção de procedimentos clínicos; a inexistência de uma rede de cuidados bem estabelecida; a falta de um coordenador específico da saúde bucal; os baixos salários também foram trazidos como desafios; problemas de interação com a equipe foi aventado por um participante (E8).</p> <p>Destaca-se que para dois participantes (E8 e E10) o próprio paciente é um desafio ao alcance da integralidade, justificando que eles faltam às consultas.</p> <p>Os CDs vislumbram que, para se atingir a integralidade da assistência, são necessários: garantir a assistência nos demais níveis de atenção; estabelecer rede de cuidados; melhorar as condições de trabalho; aumentar investimentos na saúde e recursos materiais suficientes para a resolução do problema.</p> <p>Os profissionais têm ciência das limitações e reforçam a necessidade da implantação da rede de cuidados para se atingir a integralidade.</p>
Potencialidades para atingir a integralidade	<p>Possibilidade de atuar na prevenção das doenças e promoção da saúde é potencialidade para integralidade:</p> <p>“Acho que a potencialidade para integralidade é trabalhar a prevenção e promoção da saúde, porque quando o nosso usuário entender que vir aqui só quando já tem problemas é muito pior do que ele vir aqui uma vez por ano e fazer uma limpeza, para fazer um controle. O trabalho torna-se mais fácil no sentido que ele vai conseguir esse atendimento, essa assistência aqui, sem precisar de encaminhar para uma atenção secundária”.</p>	<p>Dos CDs entrevistados, alguns defendem que a disponibilidade de referenciar o paciente para um centro de especialidades é uma potencialidade para se alcançar a integralidade da assistência, possibilitando, assim, a continuidade da assistência por meio das redes de cuidado. Outros participantes realçaram a boa integração profissional como potencialidade à integralidade da assistência. As diretrizes da ESF, como a proximidade do profissional com a população e mudança de modelo proposta, com incentivo ao desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção das doenças, foram observadas na fala de 4 CDs.</p> <p>Ao ser perguntada sobre potencialidades e desafios, a entrevistada (E1) só relatou desafios. Um deles foi o de se colocar no lugar do outro.</p>
		Síntese vertical
Síntese vertical	<p>Organiza as atividades de saúde bucal entre demanda espontânea e programática, de acordo com os dias da semana e por grupos prioritários. O diferencial dessa CD é que ela tem um dia chamado de “demanda livre”, neste dia a agenda está livre, sem</p>	<p>A maioria dos CD organiza a atenção em saúde bucal por meio de demanda espontânea e programada, entretanto, 3 CDs (E8, E9 e E10) não apresentaram critério para a organização da atenção em saúde bucal, quem chega è atendido no limite de vagas. A demanda programada é organizada em grupos específicos por 53% dos CDs e a maioria (69%) não reserva horário para atender a demanda espontânea ou urgências, esse tipo de atendimento é realizado entre os pacientes agendados.</p>

	<p>agendamentos, para atender a necessidades pontuais dos pacientes. Esse tipo de atendimento é contrário à integralidade da assistência, mas foi instituído para atender às especificidades desse território. Entre as atividades desenvolvidas, predominam as curativas (clínicas individuais), mas realiza atividades de prevenção e promoção também aos escolares e à população em geral. Realiza atividades pertinentes à ESF como visitas domiciliares e reunião de equipe. Realiza atendimentos compartilhados para grupos prioritários com os demais profissionais da equipe, mas relata o isolamento do CD no consultório justificado pela grande demanda por atendimento clínico. Indica ter boa integração com a equipe, mas retoma a uma visão fragmentada que os demais profissionais têm do CD: que ele deve se restringir à saúde bucal. Entende que a integralidade é olhar o paciente como um todo em suas múltiplas dimensões e atentar para as suas necessidades, não se limitando a assuntos odontológicos ou específicos da saúde. Reconhecendo os determinantes da saúde, indica a importância de uma gestão comprometida. Percebe-se, dessa forma, que esta CD compreende que a integralidade não se limita à dimensão clínica. Pratica a integralidade por meio das boas práticas profissionais, com atendimento resolutivo e encaminhando ao perceber outras necessidades. Também está fazendo busca ativa nos pacientes que terminaram o tratamento há algum tempo para que recebam ações preventivas ou que as ações curativas sejam ofertadas na própria APS. Entende que o profissional da ESF é, antes da especificidade de sua formação profissional,</p>	<p>Todas realizam atividades de promoção da saúde, prevenção de doença, entretanto, as atividades clínicas assistenciais são as predominantes, apenas em E1 predominam as atividades não clínicas em virtude do defeito no consultório odontológico.</p> <p>Destaca-se que 38% realizam reunião de equipe e atendimento compartilhado com os demais profissionais, promovendo, assim, atividades pertinentes à ESF. E 53% dos CDs realizava VD aos acamados ou domiciliados.</p> <p>O atendimento em equipe de forma sequencial, com encaminhamento dentro da própria equipe entre os profissionais, foi relatado por 46% dos CDs e dois CDs não realizavam alguma forma de trabalho em equipe.</p> <p>Todas as CDs declararam a integralidade no sentido das práticas profissionais, porém se identificam 3 grupos de CD. Houve alusão ao sentido organizativo na fala de 3 CDs (E4, E12 e E13). Em relação ao sentido político, duas falas de CD também remetem a esse sentido (na fala de E4 e E13), como proposto por Mattos (2001). Todas concordam que para alcançá-la precisam ver o paciente integralmente (como um todo), 46% praticam a integralidade por meio de um atendimento resolutivo de saúde bucal e do encaminhamento para outros níveis de atenção odontológicos, focando a clínica de SB, o que não garante a integralidade da assistência. Destaca-se que 53% dos CD praticam a integralidade ao ultrapassarem limites bucais e atentarem para outras necessidades, como as emocionais e sociais. Uma CD (E13) relata ainda que pratica a integralidade por meio de uma busca ativa dos pacientes que já terminaram o tratamento clínico, para oferecer a eles o atendimento preventivo e de promoção da saúde.</p> <p>Como desafio, 61% dos CDs mencionaram a dificuldade de encaminhamento para atenção secundária, 61% condições precárias de trabalho e infraestrutura deficiente, 38% que demanda excessiva por tratamento clínico é um desafio.</p> <p>Como potencialidade, 38% relataram que a disponibilidade de referenciar o paciente para um centro de especialidades é uma potencialidade para se alcançar a integralidade da assistência, mesmo com todas as dificuldades para tal. E 38% também trouxeram como potencialidade a boa integração profissional, com relações interpessoais satisfatórias.</p>
--	--	--

	<p>um profissional de saúde. Como limitações ao alcance da integralidade, indica a falta de materiais, de recursos, a dificuldade de encaminhamento ao CEO, a excessiva demanda por atendimento clínico, além de não ter uma gestão comprometida. Relata também a dificuldade de aderir a população às atividades de promoção e prevenção, pois a população está habituada ao modelo biomédico, clínico-assistencial. Como potencialidade, acredita ser a possibilidade de atuar na prevenção e promoção da saúde.</p>	
--	--	--

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade.

Pesquisador: PAULA GOUVEA FRANCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79782417.9.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.450.217

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

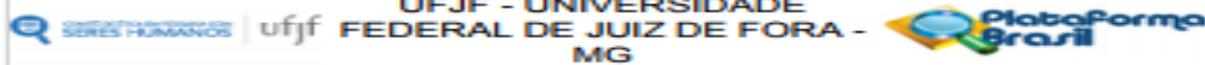
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)3102-3788 Fax: (32)3102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Protocolo: 2.450.217

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES.

Recomendações:

Reavaliar se realmente são necessárias todas as perguntas do roteiro de entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.450.217

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_1009338.pdf	06/12/2017 18:58:40		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostooassinada.pdf	06/12/2017 18:58:01	PAULA GOUVEA FRANCO	Aceito
Outros	roteirocoletadadedados.docx	06/12/2017 18:41:22	PAULA GOUVEA FRANCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadomodificado.doc	06/12/2017 18:38:32	PAULA GOUVEA FRANCO	Aceito
Outros	cartarespostaaspendencias.docx	06/12/2017 18:38:08	PAULA GOUVEA FRANCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tdemodificado.doc	06/12/2017 18:36:33	PAULA GOUVEA FRANCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 20 de Dezembro de 2017

Assinado por:
 Patricia Aparecida Fontes Vieira
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br