



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

MATHEUS SOUSA SANTOS

PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE DO TERRITÓRIO DO SISAL: LIMITES E DESAFIOS PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

FEIRA DE SANTANA

2026

MATHEUS SOUSA SANTOS

PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE DO TERRITÓRIO DO SISAL: LIMITES E DESAFIOS PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva do curso stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^o Dra^o Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues.

FEIRA DE SANTANA

2026

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Santos, Matheus Sousa

S236p Processo de trabalho de Equipes de Saúde Bucal em município de médio porte do território do sisal: limites e desafios para a produção do cuidado integral / Matheus Sousa Santos. – 2026. 146f. : il.

Orientadora: Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2026.

1. Processo de Trabalho. 2. Produção do cuidado. 3. Acolhimento. 4. Educação Permanente em Saúde. I. Rodrigues, Ana Áurea Alécio de Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU: 614:616.314

MATHEUS SOUSA SANTOS

PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE DO TERRITÓRIO DO SISAL: LIMITES E DESAFIOS PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

Dissertação apresentada como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva do curso stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana-BA, 26 de junho de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 ANA AUREA ALECIO DE OLIVEIRA RODRIGUES
Data: 26/06/2026 11:51:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Universidade Estadual de Feira de Santana

Documento assinado digitalmente
 GRACIELA SOARES FONSECA
Data: 26/06/2026 14:41:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Avaliadora externa: Prof.^a Dr.^a Graciela Soares Fonseca
Universidade Federal da Fronteira Sul

Documento assinado digitalmente
 CLAUDIA CERQUEIRA GRACA CARNEIRO
Data: 26/06/2026 13:42:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Avaliadora interna: Prof.^a Dr.^a Cláudia Cerqueira Graça Carneiro
Universidade Estadual de Feira de Santana

Documento assinado digitalmente
 LILIA PAULA DE SOUZA SANTOS
Data: 26/06/2026 15:08:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Suplente externa: Prof.^a Dr.^a Lília Paula de Souza Santos
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Documento assinado digitalmente
 MATHEUS SOUSA SANTOS
Data: 26/06/2026 16:41:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Discente
Matheus Sousa Santos

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelas bênçãos e por ter guiado os meus passos até a realização de mais este objetivo. Sigo firme, cheio de esperança e confiante que continuarei conquistando novos sonhos. Graças a Ele, que pavimentou meu trajeto com muito aprendizado e experiências inesquecíveis.

Agradeço aos meus pais, que foram incentivo, cuidado e apoio em todos os momentos, dedicando-se sempre e fazendo até o impossível para que eu tivesse a oportunidade de uma vida melhor da qual eles não puderam ter.

À minha vovó, que hoje está ao lado do Senhor e que, certamente, comemora comigo a realização de mais este sonho.

Aos meus familiares, que sempre estiveram ao meu lado, mostrando-me o verdadeiro significado da família e fazendo-me sentir acolhido e amado.

Ao meu tio Tadeu Baliza, por ser o pioneiro da família a entrar na academia e por se tornar minha grande referência no conhecimento da História, especialmente dos “Sertões”. Ao meu primo Douglas, que sempre esteve ao meu lado como um irmão inseparável, sobretudo nos momentos de dificuldade e insegurança.

Ao meu amor e companheira, Brena, que tem sido fortaleza nos momentos em que me senti derrotado e sem esperança. Quando pensei que não conseguiria avançar, foi ela quem me motivou a seguir em frente, sempre com positividade, amor e confiança.

À minha sogra, Vera, que me acolheu como parte da família e que sempre demonstrou preocupação, apoio e otimismo em relação à concretização deste objetivo.

À minha orientadora, Prof.^a Ana Áurea, pela amizade, paciência, confiança, cuidado e acolhimento. Agradeço por ser uma referência pessoal e profissional, pela acessibilidade, humildade e parceria em todos os momentos de orientação e trabalho conjunto, desde o início da minha trajetória, em 2019, na família PET Odontologia. Em todos os lugares que passar, levarei um tantão da Pró Ana. Meu muito obrigado.

Aos amigos da Turma 7 do Mestrado Profissional, pelos laços de amizade que tornaram essa caminhada mais leve, permitindo-me compartilhar essa experiência ao lado de pessoas incríveis, comprometidas e competentes.

Agradeço aos meus amigos Luís Gustavo, Giovanna, Christian, Ísis, Claudson, Vinícius e Ederson, por todo incentivo, apoio e motivação ao longo desta trajetória no mestrado.

Ao Programa interno de auxílio financeiro à Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (FINAPESQ/UEFS), via bolsa FAPESB, pelo apoio e fomento à produção do conhecimento na viabilidade e execução deste trabalho.

À minha banca examinadora, Prof.^a Graciela, Prof.^a Cláudia Graça, Prof.^a Dayliz e Prof.^a Lilia Paula, pelo aceite do convite e por todas as contribuições, sugestões e cuidados dedicados ao aprimoramento desta dissertação. Tenho uma profunda admiração e um enorme carinho por cada um de vocês.

Por fim, agradeço ao município, especialmente a Laly, aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal e aos queridos usuários do Sistema de Saúde, que me acolheram e compartilharam suas vivências no cotidiano dos serviços. As experiências e histórias de vocês constituíram a pedra fundamental desta pesquisa e contribuíram para mais uma importante realização pessoal e profissional.

MINHAS RAÍZES: COMO CHEGUEI ATÉ AQUI?

Ele acordou em mais um santo dia de chuva
Abriu os olhos e sorriu
Olhou o mundo com a grandeza de um rei
E respirou o ar da liberdade e se lembrou
Que o caminhar livre de um homem
Nenhum dinheiro pode comprar
(Trecho da canção Tudo nos é dado - Mato Seco)

Neto de um vaqueiro e de uma lavradora, meus avós migraram da Chapada Diamantina para Feira de Santana na década de 1980, em busca de trabalho em uma fazenda. Filho de uma diarista e de um representante comercial, tenho minhas raízes na escola pública e sou defensor de todas as modalidades de ações afirmativas e cotas, onde fui bolsista durante minha trajetória acadêmica na graduação e também no mestrado, e principalmente por compreender sua importância na democratização do acesso à educação e às oportunidades.

Cresci em um bairro periférico, cercado por amigos, brincadeiras de rua e experiências que marcaram minha infância. Ao mesmo tempo, nunca me faltaram estímulo, incentivo e cobrança para concluir os estudos, pois desde cedo aprendi dos meus pais que a educação era o caminho para ampliar horizontes, conquistar oportunidades e construir uma vida melhor.

Sou licenciado em Geografia e bacharel em Odontologia por esta Instituição. Foi na Geografia que encontrei os ensinamentos do professor Milton Santos e compreendi como o modelo econômico influencia profundamente a vida das pessoas, moldando relações de poder e produzindo desigualdades que se refletem no cotidiano da sociedade. Também foi por meio das leituras de Paulo Freire que aprendi que a educação é, antes de tudo, um ato político e que, por meio do diálogo, da escuta e do respeito ao outro, é possível transformar realidades.

Na Odontologia, vivenciei um importante processo de amadurecimento pessoal e profissional. Foi nesse percurso que me aproximei de contextos marcados por vulnerabilidades socioeconômicas e conheci grupos historicamente excluídos do acesso ao cuidado em saúde. Entre eles, destaco as pessoas com Doença Falciforme, que tive a honra de conhecer durante os anos de atuação no PET Odontologia, e as comunidades periféricas que encontrei ao longo dos estágios em

Saúde Bucal Coletiva realizados nas Unidades Básicas de Saúde. Essas experiências ampliaram meu olhar sobre as desigualdades em saúde e fortaleceram meu compromisso com a defesa do Sistema Único de Saúde. Até que cheguei ao Mestrado.

Nas diversas atividades de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidas no Observatório em Saúde Bucal Coletiva, tive a oportunidade de conhecer e me encantar com o Território do Sisal da Bahia, especialmente com o município de estudo. Uma cidade de povo acolhedor, de sorriso fácil e de forte identidade cultural. Foi nesse contexto que percebi a ausência de estudos recentes sobre os serviços de saúde bucal do município, especialmente acerca do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, considerando que mais de uma década havia se passado desde a última atividade realizada pelo PET Odontologia no município.

Essa lacuna despertou meu interesse em compreender, por meio do diálogo com trabalhadores e usuários, os desafios cotidianos enfrentados na produção do cuidado em saúde bucal. Conhecer suas experiências permitiu refletir sobre os obstáculos presentes no acesso aos serviços de saúde e sobre a necessidade permanente de qualificar práticas que garantam o cuidado como direito.

É a partir desse sentimento de que todas as pessoas têm direito ao cuidado e ao acesso digno aos serviços de saúde que esta pesquisa foi construída. Espero que seus resultados possam sensibilizar gestores e profissionais, estimulando reflexões sobre o processo de trabalho em saúde bucal e seus impactos na produção do cuidado ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A relevância deste estudo não reside apenas na busca pelo aprimoramento dos serviços de saúde, mas também na possibilidade de oferecer subsídios teóricos e práticos para a construção de uma atenção integral, humanizada e comprometida com as necessidades da população, reconhecendo a singularidade dos desafios enfrentados em cada território.

Escrevo estas palavras e concluo esta pesquisa com esperança. Esperança de que o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal se torne mais leve, mais colaborativo e mais resolutivo. Esperança de que os caminhos do cuidado em saúde bucal sejam cada vez mais guiados pelo acolhimento, pela humanização, pela

integralidade e pelo espírito da interprofissionalidade que sustenta os princípios do Sistema Único de Saúde.

RESUMO

Este estudo analisou o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal em um município de médio porte do território do sisal da Bahia, com foco nas concepções de cuidado, acolhimento, resolutividade, articulação interprofissional e Educação Permanente em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 participantes (profissionais, usuários e o coordenador de saúde bucal) entre maio e dezembro de 2025, analisadas com base no método de análise de conteúdo temática. Como produto técnico decorrente da pesquisa, desenvolveu-se e executou-se a oficina "Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal", além da elaboração de um folheto educativo para a qualificação do serviço. Os resultados evidenciaram um processo de trabalho contraditório, onde coexistem a busca pela ampliação do cuidado e a permanência do modelo tradicional centrado no procedimento e na resposta imediata à queixa, limitados por fragilidades estruturais e institucionais. O acolhimento destacou-se pela dimensão relacional, mas carece de sustentação como diretriz organizadora; já a resolutividade mostrou-se tensionada entre a demanda imediata e a continuidade da assistência. A interprofissionalidade revelou-se parcial e episódica, enquanto a Educação Permanente em Saúde emergiu como uma das maiores fragilidades, sendo frequentemente confundida com ações educativas pontuais e pouco institucionalizadas. Conclui-se que a reorganização do serviço requer o fortalecimento do cuidado centrado no usuário, o suporte institucional ao acolhimento e à resolutividade, e a consolidação da articulação interprofissional e da Educação Permanente em Saúde como estratégias de transformação das práticas no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Processo de Trabalho; Produção do cuidado; Acolhimento; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

This study analyzed the work process of Oral Health Teams in a medium-sized municipality located in the Sisal Territory of Bahia, Brazil, focusing on conceptions of care, welcoming, comprehensiveness of care, interprofessional collaboration, and Permanent Health Education. This qualitative study was conducted through semi-structured interviews with 20 participants (health professionals, service users, and the municipal oral health coordinator) between May and December 2025. The data were analyzed using thematic content analysis. As a technical product resulting from the research, the workshop *"Beyond Procedures: Work Process and the Production of Oral Health Care"* was developed and implemented, along with an educational leaflet aimed at improving service quality. The findings revealed a contradictory work process, in which efforts to expand comprehensive care coexist with the persistence of the traditional procedure-centered model focused on immediate responses to users' complaints, constrained by structural and institutional weaknesses. Welcoming emerged as a key relational component of care but lacked sufficient institutional support to function as an organizing principle of service delivery. Likewise, comprehensiveness of care was challenged by the tension between meeting immediate demands and ensuring continuity of care. Interprofessional collaboration was found to be partial and episodic, while Permanent Health Education emerged as one of the greatest weaknesses, often being confused with isolated educational activities lacking institutionalization. The study concludes that reorganizing oral health services requires strengthening person-centered care, providing institutional support for welcoming and comprehensiveness of care, and consolidating interprofessional collaboration and Permanent Health Education as key strategies for transforming practices within the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Work Process; Care Production; Reception; Permanent Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ASB** - Auxiliar em Saúde Bucal
- CAIPE** - Centre for the Advancement of Interprofessional Education
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CD** - Cirurgião-Dentista
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- EIP** - Educação Interprofissional
- EPS** - Educação Permanente em Saúde
- ESB** - Equipes de Saúde Bucal
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde
- PET** - Programa de Educação Tutorial
- PIB** - Produto Interno Bruto
- PMAQ-AB** - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PNEPS** - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNSB** - Política Nacional de Saúde Bucal
- PSF** - Postos de Saúde da Família
- SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TSB** - Técnico em Saúde Bucal
- UEFS** - Universidade Estadual de Feira de Santana
- UFBA** - Universidade Federal da Bahia
- USF** - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 Trabalho em Saúde: entre o Cuidado Ampliado e a centralidade do procedimento.....	21
3.2 Produção do Cuidado em Saúde Bucal: o Acolhimento e a Resolutividade como princípios para a centralidade no usuário.....	27
3.3 A Interprofissionalidade e suas potencialidades para o trabalho em Saúde Bucal.....	34
3.4 Educação Permanente como estratégia para fortalecimento do processo de trabalho.....	39
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Tipo de estudo.....	46
4.2 Campo de estudo.....	46
4.3 Técnica e instrumento para produção dos dados.....	47
4.4 Participantes do estudo.....	48
4.5 Método de análise de dados.....	49
4.6 Questões éticas.....	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1 Características socioeconômicas e demográficas.....	50
5.2 Entre os horizontes do Cuidado Ampliado, a centralidade no procedimento e a (des)organização das práticas.....	54
5.2.1 Percepções do trabalho em Saúde Bucal.....	54
5.2.2 Organização das práticas, planejamento das ESB, orientação dos Indicadores em Saúde bucal e Visitas Domiciliares.....	62
5.3 (Re)produção do Cuidado em Saúde: afinal, de qual Acolhimento e Resolutividade estamos falando?.....	68
5.4 Trabalho Interprofissional em Saúde Bucal: Da indefinição conceitual a fragilidade de práticas colaborativas.....	78

5.5 Educação Permanente em Saúde: Vazios na formação e qualificação profissional.....	85
5.6 Produto técnico - Oficina Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A - PRODUTO TÉCNICO: Relato de experiência da oficina Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal.....	108
APÊNDICE B - FOLHETO EDUCATIVO: Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal.....	114
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - EQUIPES DE SAÚDE BUCAL.....	116
APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - INFORMANTES CHAVE DA GESTÃO.....	117
APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	118
APÊNDICE G - QUADRO ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA	119
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA.....	146
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	147

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre o processo de trabalho em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se particularmente relevante quando se observa que a ampliação institucional do acesso aos serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) não significou, por si só, a superação de práticas historicamente centradas no procedimento, na queixa imediata e na clínica individual.

Embora a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) à Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha apresentado importantes avanços na organização da atenção odontológica no país, persistem tensões entre o projeto político-assistencial do SUS, orientado pela integralidade, e a permanência de racionalidades técnico-procedimentais que limitam a produção do cuidado em sua dimensão ampliada (Merhy; Franco, 2003; Narvai, 2011; Aquilante; Aciole, 2015; Leme et al., 2019). É nesse campo de disputas entre esses modelos de atenção, modos de organizar o trabalho e formas de produzir cuidado que se insere o presente estudo.

O cenário empírico desta pesquisa é um município de médio porte localizado no Território de Identidade do Sisal, no Semiárido baiano. O Território do Sisal pode ser compreendido como recorte regional historicamente conformado por relações sociais, econômicas e políticas vinculadas à produção do sisal, mas também como um recorte espacial onde predominam vulnerabilidades socioeconômicas entre seus municípios (Coelho Neto, 2013; Santos; Coelho Neto; Silva, 2015).

Nessa conjuntura, o campo de estudo ocupa posição de centralidade político-administrativa. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2025), o município localizado a aproximadamente 185 km de Salvador, possui população de 80.435 habitantes e densidade demográfica de 137,89 hab./km², conforme o Censo 2022; área territorial de 583,311 km²; e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,634.

Entretanto, quando o olhar se desloca para a organização dos serviços de saúde bucal, emergem contradições importantes. O município conta com 29 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em áreas urbanas e rurais, no entanto, apenas 14 dispõem de ESB, o que corresponde a uma cobertura estimada de 57,20%, alcançando aproximadamente 48.300 habitantes, segundo o parâmetro de 3.450 pessoas cobertas por equipe (Cnes, 2025). Tal dado é expressivo porque evidencia uma insuficiência da cobertura assistencial justamente em um município

que, no interior do Território do Sisal, reúne melhores condições socioeconômicas. Em outras palavras, os índices sociais e econômicos não eliminam, por si, desigualdades na oferta e na produção do cuidado em saúde bucal, o que torna ainda mais necessária a compreensão de como o trabalho das ESB vem sendo realizado no cotidiano dos serviços.

É justamente nesse ponto que o conceito de processo de trabalho em saúde se torna central para esta investigação. O processo de trabalho não se reduz ao conjunto de tarefas prescritas ou ao elenco de procedimentos executados pelos profissionais, ele diz respeito ao modo concreto como o trabalho é realizado no cotidiano dos serviços, envolvendo sujeitos, saberes, objetos, instrumentos, finalidades, relações e disputas que atravessam a produção da atenção à saúde (Peduzzi, 2003; Faria, 2017).

Merhy e Franco (2003), aprofundam essa leitura ao afirmar que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e que é no encontro entre trabalhador e usuário que emerge o “trabalho vivo em ato”. Nessa mesma direção, Merhy (2014), destaca que o processo de trabalho em saúde é atravessado por diferentes tecnologias: duras, leve-duras e leves. No entanto, a literatura também mostra que, no interior dos serviços, persiste a hegemonia de tecnologias duras e leve-duras, sustentando modelos tecnoassistenciais marcados pela centralidade do procedimento e pela burocratização do trabalho (Merhy; Franco, 2003; Merhy, 2013).

No campo da saúde bucal, essa relação se expressa de modo ainda mais agudo. Historicamente, a odontologia estruturou-se sob forte influência de um modelo curativista e tecnicista, centrado no dente, na intervenção clínica e na resposta imediata à queixa. Tal racionalidade, embora tensionada pela inserção da saúde bucal no SUS e pela expansão da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), permanece como força importante na organização do trabalho odontológico na APS (Narvai, 2011; Aquilante; Aciole, 2015; Leme et al., 2019).

Assim, discutir processo de trabalho em saúde bucal implica, necessariamente, discutir a produção do cuidado. Na APS, o cuidado não pode ser compreendido como simples execução de procedimentos clínicos ou cumprimento de rotinas programáticas, pois envolve responsabilização, escuta, vínculo, negociação e articulação entre diferentes saberes e práticas (Merhy; Franco, 2003; Ayres, 2004). Nessa perspectiva, a produção do cuidado supõe deslocar o centro da

atenção da doença isolada para as necessidades concretas dos usuários, reconhecendo-os como sujeitos ativos no encontro assistencial.

Essa discussão ganha densidade quando se observam os dispositivos que podem sustentar um cuidado centrado no usuário. Entre eles, o acolhimento ocupa lugar estratégico. De acordo com a literatura, o acolhimento não é tomado como simples recepção, triagem ou organização de fluxo, mas como diretriz ética, relacional e organizativa do processo de trabalho. Acolher, implica escuta qualificada, reconhecer necessidades, produzir acesso oportuno, assumir compromisso com a condução do cuidado e construir respostas possíveis no interior da unidade e da rede (Carnut et al., 2017; Santos et al., 2022). Em alguns estudos, contudo, a literatura mostra que o acolhimento ainda é frequentemente realizado por sentidos burocráticos, sendo reduzido a ficha, recepção ou encaminhamento, o que limita sua potencialidade de reorientar práticas e superar o modelo curativista (Antunes; Assis; Santos, 2022).

Articulada ao acolhimento, a resolutividade também constitui dimensão decisiva para compreender a produção do cuidado no contexto das ESB. Em uma perspectiva ampliada, resolutividade não significa apenas responder pontualmente à queixa apresentada ou realizar o procedimento demandado. Refere-se à capacidade do serviço de acolher, intervir, acompanhar, garantir continuidade do cuidado e articular-se com a rede quando necessário (Leal Júnior et al., 2021). A literatura mostra, porém, que a resolutividade da atenção odontológica permanece com dificuldades de acesso, baixa integração entre níveis assistenciais, fragilidades estruturais, insuficiência de recursos e predominância de práticas curativas (Arrais; Roncalli; Rosendo, 2021; Leal Júnior et al., 2021; Cardoso; Assis; Santos, 2022).

Se acolhimento e resolutividade ajudam a refletir na qualidade e direção do cuidado produzido, a interprofissionalidade e a Educação Permanente em Saúde (EPS) emergem, neste estudo, como estratégias e políticas para qualificar o processo de trabalho. A interprofissionalidade, diferentemente da mera multiprofissionalidade, pressupõe interação efetiva, práticas colaborativas, compartilhamento de saberes, comunicação, construção coletiva de decisões e corresponsabilização pelo cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018; Peduzzi et al., 2020). Quando o usuário e suas necessidades concretas ocupam o centro da atenção, a prática interprofissional colaborativa tende a favorecer maior integralidade, articulação do cuidado e construção de projetos terapêuticos compartilhados (Agreli;

Peduzzi; Silva, 2016). Entretanto, a literatura também evidencia que a efetivação da interprofissionalidade encontra obstáculos importantes, como formação disciplinar, hierarquias profissionais, baixa comunicação entre trabalhadores e limitada participação da saúde bucal no planejamento coletivo da APS (Silva; Nascimento; Melo, 2021; Pereira et al., 2022).

Desse modo, a interprofissionalidade interessa a esta pesquisa não apenas no campo discursivo, mas como chave para analisar em que medida o trabalho das ESB dialoga com a equipe, compartilha responsabilidades e se insere no cuidado para além do consultório.

Por sua vez, a EPS constitui estratégia político-pedagógica fundamental para a qualificação do trabalho no SUS, por reconhecer o cotidiano dos serviços como espaço de aprendizagem, análise crítica e transformação das práticas (Brasil, 2018). Diferentemente de ações educativas pontuais e verticalizadas, a EPS toma como objeto os problemas reais do processo de trabalho e busca articular ensino, atenção, gestão e participação social, produzindo aprendizagem situada e coletiva (Carvalho; Merhy; Sousa, 2019). Entretanto, a literatura mostra que sua implementação segue marcada por fragilidades conceituais, descontinuidade institucional, baixa priorização na agenda da gestão e redução frequente da EPS a treinamentos técnicos ou capacitações isoladas (Silva et al., 2017; Silva; Scherer, 2020).

Nessa direção, interprofissionalidade e EPS se articulam como estratégias potentes para qualificar o processo de trabalho, fortalecer o cuidado centrado no usuário e superar a permanência de modelos restritos ao procedimento.

O presente estudo busca responder como se dá o processo de trabalho das ESB de um município de médio porte no Território do Sisal, compreender se a produção do cuidado em saúde bucal é pautada com base no acolhimento e na resolutividade, se a interprofissionalidade e a educação permanente em saúde são pilares para fortalecer o serviço. Esta pesquisa se mostra relevante como tema estratégico para a compreensão do processo de trabalho e das contribuições que podem somar às práticas locais.

Este estudo faz parte do Projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva: Um olhar sobre o Território do Sisal na Bahia”, o qual é vinculado ao Programa de Educação Tutorial (PET) Odontologia. A pesquisa está inserida na Linha de Pesquisa 1 — Políticas, Planejamento, Organização de Serviços e Programas de Saúde — do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de

Feira de Santana (UEFS). O projeto foi contemplado com bolsa por meio do Programa Interno de Auxílio Financeiro à Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (FINAPESQ/UEFS), e contou com o apoio do município, por meio da Secretaria de Saúde e da Coordenação de Saúde Bucal que permitiram a realização das entrevistas e disponibilização das ESB.

A realização deste trabalho foi motivada pela escassez de informações sobre a saúde bucal na região, como estudos no campo da saúde bucal e processo de trabalho no Território do Sisal. Cabe ressaltar, os estudos do PET Odontologia, pois o grupo atua como multiplicador de conhecimento de estudos sobre saúde bucal, educação em saúde com profissionais das Equipes de Saúde da Família nessa região, a exemplo dos estudos de (Matos, et al., 2015; Oliveira et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Oliveira; Rodrigues, 2022; Dantas; Rodrigues, 2023).

Ao focalizar a realidade concreta do serviço e as limitações para a produção do cuidado, esta pesquisa pretende oferecer subsídios para que gestores e trabalhadores reconheçam necessidades de mudança no cenário local e fortaleçam estratégias voltadas à melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal e das condições de vida da população serrinhense.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Compreender o processo de trabalho das equipes de saúde bucal em um município do Território do Sisal da Bahia.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a organização das práticas em saúde bucal das ESB do município, e suas demandas;
- Conhecer como se dá a produção do cuidado das (ESB);
- Discutir as estratégias de interprofissionalidade e educação permanente em saúde voltadas para as ESB;
- Entender a percepção dos usuários das Unidades de Saúde sobre o processo de trabalho das ESB;
- Realizar oficina sobre o processo de trabalho e produção do cuidado em saúde com as ESB do município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Trabalho em Saúde: entre o Cuidado Ampliado e a centralidade do procedimento

A compreensão do processo de trabalho em saúde constitui elemento central para analisar a organização das práticas profissionais e a produção do cuidado nos serviços do SUS. Para compreender essa categoria, torna-se necessário inicialmente entender a concepção de trabalho enquanto atividade humana historicamente constituída. Na perspectiva marxista, o trabalho corresponde ao processo por meio do qual os seres humanos atuam sobre a natureza para satisfazer suas necessidades, transformando-a e transformando a si próprios simultaneamente. Nesse sentido, Marx (1994), reconhece que o homem, ao modificar a natureza externa por meio de sua atividade, modifica também sua própria natureza, produzindo conhecimentos, habilidades e novas formas de organização da vida social.

O trabalho humano caracteriza-se por seu caráter consciente e intencional, distinguindo-se das demais atividades da natureza pela capacidade de antecipar mentalmente os resultados pretendidos antes de sua realização concreta. Para Marx (1994), todo processo de trabalho envolve a articulação entre sujeito, objeto, instrumentos e finalidade, constituindo uma atividade orientada para a transformação da realidade. Essa compreensão permite reconhecer o trabalho como uma categoria histórica e social, inseparável das condições materiais e das relações sociais nas quais é produzido.

Ao dialogar com essa tradição teórica, Mendes-Gonçalves (1992), destaca que a relação entre sujeito e objeto não pode ser compreendida de forma separada, uma vez que toda condição da natureza decorre da presença de um sujeito para o qual ela se constitui como objeto. Para o autor, subjetividade e objetividade encontram-se permanentemente articuladas em um processo histórico de transformação recíproca. Nessa perspectiva, o trabalho não representa apenas uma intervenção sobre o mundo, mas também um processo de produção de sujeitos, necessidades e formas de sociabilidade (Mendes-Gonçalves, 1992).

Essa formulação adquire especial relevância para a análise das práticas em saúde. Baseado nos pressupostos marxianos, Mendes-Gonçalves (1992), ressalta

que os sujeitos inserem entre si mesmos e o objeto de trabalho um conjunto de meios e instrumentos que orientam sua ação transformadora. No campo da saúde, esses instrumentos extrapolam os recursos materiais e tecnológicos, abrangendo também saberes, técnicas, conhecimentos científicos e formas de organização do trabalho que possibilitam a intervenção sobre determinadas necessidades humanas.

Nessa direção, cabe compreender o processo de trabalho em saúde como uma prática social historicamente produzida, constituída pela articulação entre objeto, instrumentos e finalidades específicas (Mendes-Gonçalves, 1994). Diferentemente de uma visão restrita ao corpo biológico ou à doença, o autor argumenta que os objetos das práticas de saúde são socialmente construídos e expressam determinadas formas de reconhecimento das necessidades humanas. Assim, o trabalho em saúde não se realiza sobre objetos naturais previamente dados, mas sobre necessidades de saúde historicamente definidas e socialmente legitimadas como passíveis de intervenção.

A partir dessa perspectiva, o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à dimensão cotidiana das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores inseridos na produção e no consumo dos serviços de saúde, envolvendo as relações estabelecidas entre profissionais, usuários e os diferentes recursos mobilizados no cuidado (Peduzzi, 2003). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, os profissionais que compõem as equipes são agentes fundamentais na produção desses processos de trabalho, atuando como sujeitos que articulam conhecimentos, práticas e relações na oferta de cuidado à população. Tal dinâmica se materializa especialmente nas interações entre profissionais e usuários, nas quais se estabelecem relações interpessoais que constituem o próprio espaço de produção do cuidado (Faria, 2017).

Assim, o trabalho em saúde se configura como um campo complexo e dinâmico, no qual usuários chegam aos serviços com demandas específicas e buscam, junto aos trabalhadores, respostas para suas necessidades de saúde (Morschel; Barros, 2014).

Nesse contexto, o momento do trabalho em saúde representa, simultaneamente, o encontro entre trabalhador e usuário. A partir dessa perspectiva, compreender o processo de trabalho em saúde implica reconhecer que o cuidado não é apenas resultado da aplicação de técnicas, mas de relações sociais que se produzem no cotidiano dos serviços.

Essa compreensão é aprofundada por Merhy e Franco (2003), ao destacarem que o trabalho em saúde possui natureza essencialmente relacional. Para os autores, é no encontro entre trabalhador e usuário que emerge o chamado “trabalho vivo em ato”, momento em que o profissional exerce sua força de trabalho mobilizando saberes, experiências e decisões no cuidado ao outro. Nesse encontro, a produção da saúde ultrapassa a simples execução de tarefas e passa a incorporar dimensões como escuta, acolhimento e negociação de sentidos no cuidado (Merhy, 2013).

Nessa perspectiva, o debate sobre o processo de trabalho em saúde também envolve a análise das tecnologias utilizadas na produção do cuidado. Merhy e Franco (2003) destacam a importância das chamadas tecnologias leves, caracterizadas por seu caráter relacional e centradas na interação entre profissionais e usuários. Essas tecnologias incluem práticas como escuta qualificada, acolhimento, vínculo e responsabilização, elementos fundamentais para a construção de um cuidado centrado no sujeito. Entretanto, no interior dos serviços de saúde ainda é possível observar a predominância de tecnologias duras e leve-duras, associadas a instrumentos, normas e procedimentos técnicos que estruturam o trabalho de forma burocratizada.

Essa lógica se expressa na organização de práticas assistenciais caracterizadas pelo alto consumo de procedimentos e insumos, em que os processos relacionais do cuidado assumem papel secundário. Como destaca Merhy (2013), trata-se de um modelo técnico assistencial que privilegia a produção de procedimentos, frequentemente em detrimento da construção de vínculos e da escuta das necessidades dos usuários.

No campo da saúde bucal, essa racionalidade também se manifesta de maneira significativa. Historicamente, a prática odontológica foi estruturada a partir de um modelo centrado na intervenção técnica e no tratamento de agravos específicos, muitas vezes desconsiderando as dimensões sociais e subjetivas do cuidado.

Assim, a produção do cuidado em saúde requer uma abordagem que valorize o trabalho vivo e as dimensões relacionais do encontro entre trabalhadores e usuários. Para Merhy (2014), o objeto do trabalho em saúde é o cuidado, o qual deve ser centrado nas relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. Nesse encontro, o usuário deixa de ser apenas

receptor de intervenções técnicas e passa a ocupar posição ativa na construção do cuidado.

A literatura aponta avanços importantes na organização da atenção em saúde bucal no SUS, especialmente após a implementação da PNSB, que ampliou o acesso da população aos serviços odontológicos na atenção primária (Narvai, 2011). Entretanto, persistem desafios relacionados à reorganização do processo de trabalho das equipes, à integração com a rede de atenção e à ampliação da resolutividade dos serviços.

Assim, compreender o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária implica reconhecer as tensões existentes entre modelos de cuidado centrados em procedimentos e propostas orientadas pela integralidade e pelo cuidado ampliado. É nesse cenário que emerge a necessidade de aprofundar a análise sobre como essas equipes organizam suas práticas no cotidiano dos serviços, bem como sobre os desafios e potencialidades presentes na produção do cuidado em saúde bucal no âmbito do SUS.

A partir dessa base conceitual, a incorporação da perspectiva da micropolítica do trabalho em saúde permite deslocar a análise do plano exclusivamente normativo para o plano da produção concreta do cuidado, evidenciando que é no cotidiano dos serviços, nos encontros entre sujeitos, que se definem os modos de operar o trabalho e os sentidos atribuídos ao cuidado. Nessa direção, Feuerwerker (2014), ao discutir a micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde, destaca que os processos de produção do cuidado são atravessados por relações de poder, saber e desejo, que operam na constituição das práticas e na produção de subjetividades.

Essa perspectiva dialoga diretamente com Merhy e Franco (2003), ao afirmarem que o núcleo do processo de trabalho em saúde é composto pela relação entre trabalho vivo em ato e trabalho morto. Quando há hegemonia do trabalho morto, o cuidado tende a se organizar de forma protocolar, centrada em procedimentos, por outro lado, quando o trabalho vivo assume centralidade, abrem-se possibilidades para a produção de um cuidado mais integral, relacional e orientado pelas necessidades dos usuários.

Nesse sentido, a literatura aponta que a formação em saúde desempenha papel relevante nesse processo, na medida em que pode tanto reforçar modelos tradicionais, centrados na doença e no procedimento, quanto favorecer a construção de práticas mais críticas e reflexivas. Abrahão e Merhy (2014), destacam que a

formação se constitui como território do trabalho vivo, no qual se produzem experiências, aprendizagens e possibilidades de reinvenção das práticas em saúde, evidenciando o caráter criativo e micropolítico do processo formativo.

No contexto baiano, particularmente relevante para esta pesquisa, os estudos desenvolvidos em municípios do semiárido e em Feira de Santana aprofundam a análise da micropolítica do trabalho em saúde bucal. Rodrigues et al. (2011), em investigação qualitativa realizada em município do semiárido baiano, evidenciam que o processo de trabalho das equipes ainda se encontrava fortemente marcado por um modelo individual, curativista, diretamente relacionado à formação profissional dos cirurgiões-dentistas, que privilegia aspectos técnicos em detrimento das dimensões coletivas e relacionais do cuidado.

Nesse sentido, como apontam Malta e Merhy (2003), intervir na micropolítica do trabalho em saúde implica reconhecer sua dimensão criativa, intencional e transformadora, abrindo espaço para a construção de um novo fazer em saúde orientado pela defesa da vida.

Desta maneira, os estudos indicam que a incorporação da saúde bucal à ESF produziu importantes deslocamentos no plano organizacional do trabalho, especialmente no que se refere à ampliação da cobertura assistencial, à territorialização das ações e à introdução de práticas como visitas domiciliares, atividades educativas e participação em ações coletivas.

Tais elementos apontam para a emergência de um processo de trabalho potencialmente orientado pela lógica da integralidade e pela aproximação com as necessidades reais da população (Barbosa; Brito; Costa, 2007). Contudo, esses avanços coexistem com a permanência de uma organização do trabalho fortemente centrada na clínica individual e no atendimento à demanda espontânea, evidenciando a incompletude do processo de reorientação do modelo assistencial.

Estudos apontam que a maior parte das atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas ainda se concentra em ações curativas, o que revela a força do modelo técnico assistencial hegemônico, mesmo no interior de uma proposta organizativa que preconiza o cuidado ampliado (Barbosa; Brito; Costa, 2007; Leal Júnior et al., 2021). Tal predominância não pode ser analisada de forma descontextualizada, uma vez que se relaciona à existência de demanda reprimida e à própria organização do acesso, frequentemente estruturada a partir da queixa do usuário.

Essa tensão entre o prescrito e o real do trabalho em saúde bucal é aprofundada por Reis, Scherer e Carcereri (2015), ao evidenciar que o cotidiano do trabalho dos cirurgiões-dentistas é atravessado por condicionantes históricos, organizacionais e subjetivos que limitam a materialização das diretrizes da ESF.

Essa análise dialoga diretamente com os achados de Leme et al. (2019), que identificam a coexistência de práticas inovadoras e conservadoras no interior da clínica odontológica na ESF. Para os autores, embora o modelo de saúde da APS abra possibilidades para a construção de práticas mais reflexivas e ampliadas, persiste um núcleo duro conservador que orienta o fazer odontológico, dificultando a incorporação de abordagens centradas na promoção da saúde e na integralidade.

Outro aspecto relevante diz respeito à organização do trabalho em equipe e ao lugar ocupado pelas equipes de saúde bucal no interior da APS. Os estudos evidenciam que a integração multiprofissional, embora presente, ocorre de forma parcial e muitas vezes limitada a ações pontuais, como reuniões, interconsultas e atividades compartilhadas (Scherer et al., 2018). Nesse contexto, a saúde bucal tende a ocupar uma posição periférica, com menor protagonismo na definição das ações coletivas e no planejamento do cuidado.

Essa condição é corroborada por Silva et al. (2024), ao demonstrar que o protagonismo das equipes de saúde bucal na condução de reuniões e na organização do processo de trabalho coletivo é reduzido, revelando uma inserção ainda frágil no campo da gestão do cuidado. Tal achado evidencia que o processo de trabalho não se limita às práticas assistenciais, mas envolve também a capacidade de incidência política e organizacional dos trabalhadores sobre o funcionamento da equipe e dos serviços.

Nessa perspectiva, trata-se de um campo em permanente construção, no qual a consolidação de um modelo orientado pela integralidade e pelo cuidado ampliado depende da capacidade dos trabalhadores e das equipes de problematizar suas práticas, reinventar seus modos de fazer e produzir, no encontro com os usuários, novas possibilidades de cuidado em saúde.

No cenário de Feira de Santana, o estudo de Rodrigues et al. (2010) sobre as práticas das equipes de saúde bucal na perspectiva da integralidade evidencia, que há uma supervalorização dos procedimentos clínicos em detrimento das ações voltadas para a integralidade do cuidado. Os autores apontam que a organização do trabalho frequentemente se estrutura na lógica “queixa-conduta”, limitando o

repertório de ação dos trabalhadores e restringindo a incorporação de tecnologias relacionais. Além disso, destacam que as práticas programáticas e epidemiologicamente orientadas, embora importantes, podem também limitar a ação dos profissionais quando não articuladas às singularidades dos usuários.

Dessa forma, ao articular os diferentes estudos analisados, é possível afirmar que o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na APS se configura como um campo de transição inacabada, no qual coexistem avanços institucionais importantes e permanências estruturais significativas. Persistem desafios relacionados à superação da centralidade do procedimento, ao fortalecimento das tecnologias leves, à ampliação do protagonismo das equipes de saúde bucal no trabalho coletivo, à qualificação da formação profissional e à reorganização do acesso e da agenda de trabalho.

Assim, a consolidação de um modelo de cuidado orientado pela integralidade e pelo cuidado ampliado depende, da capacidade dos trabalhadores e das equipes de problematizar suas práticas, incorporar novas tecnologias relacionais e produzir, no encontro com os usuários, formas mais potentes e resolutivas do cuidado em saúde bucal, bem como, reorientar o modelo de gestão para que possibilite uma mudança estrutural e organizacional, a fim de qualificar as práticas de cuidado das ESB no âmbito do SUS.

3.2 Produção do Cuidado em Saúde Bucal: o Acolhimento e a Resolutividade como princípios para a centralidade no usuário

A produção do cuidado em saúde constitui uma dimensão central do trabalho em saúde, especialmente no âmbito da APS, onde as práticas assistenciais se organizam a partir do encontro entre trabalhadores e usuários. Nessa perspectiva, o cuidado não pode ser compreendido como mera execução de procedimentos técnicos, pois sua produção envolve relações intersubjetivas, responsabilização, escuta, vínculo e articulação entre diferentes saberes e práticas. Assim, o objeto do trabalho em saúde desloca-se da doença isolada para as necessidades concretas dos sujeitos, produzidas e reconhecidas no cotidiano dos serviços, o que exige a valorização do trabalho vivo em ato e das tecnologias relacionais presentes no processo assistencial (Merhy; Franco, 2003; Ayres, 2004).

Nessa perspectiva, a qualidade do cuidado depende não apenas da

existência de insumos e estrutura, mas da capacidade dos trabalhadores de mobilizar, no encontro com o usuário, práticas éticas e relacionais comprometidas com a integralidade da atenção (Ayres, 2004).

A incorporação da saúde bucal à ESF e o desenvolvimento da PNSB tencionaram esse modelo ao introduzirem a necessidade de reorientar as práticas a partir dos princípios do SUS, sobretudo a integralidade, o acesso, o acolhimento e a resolutividade. Contudo, a literatura mostra que essa transição ocorre em meio a contradições, uma vez que coexistem movimentos de ampliação da clínica e permanências importantes do modelo biomédico tradicional (Aquilante; Aciole, 2015; Leme et al., 2019; Oliveira et al., 2022).

No campo empírico, Aquilante e Aciole (2015), ao analisarem o cuidado em saúde bucal após a PNSB, evidenciaram avanços institucionais importantes, sobretudo na ampliação do acesso e na expansão de ações para além do atendimento exclusivamente curativo. Entretanto, os autores identificaram a persistência de dificuldades na efetivação da integralidade, com manutenção de práticas ainda centradas na clínica tradicional, fragilidade na articulação entre níveis de atenção e organização do processo de trabalho pouco orientada pelo território.

Essa mesma tensão aparece no estudo de Leme et al. (2019), que analisou a prática do cirurgião-dentista na ESF. Os autores identificaram, por um lado, movimentos de ampliação do olhar clínico, com reconhecimento da importância do vínculo, da escuta e da inserção em práticas coletivas e territoriais, por outro, observaram a persistência do predomínio de práticas curativas, da centralidade no dente e da forte influência da formação tradicional odontológica.

Nessa perspectiva, reforça a ideia de que a clínica em saúde bucal, quando orientada por tecnologias relacionais, pode ultrapassar a dimensão meramente instrumental e se constituir como prática de cuidado mais integral, sensível às experiências e necessidades dos usuários. Na mesma direção, Pires et al. (2022), defendem a necessidade de inovar e reconstruir percursos de cuidado no SUS, valorizando acolhimento, escuta qualificada e vínculo como elementos fundamentais para a reconfiguração da clínica em saúde bucal a partir da integralidade.

Entre os dispositivos centrais para a reorganização das práticas de saúde e dos processos de trabalho na APS, destaca-se o acolhimento. No âmbito da produção do cuidado, o acolhimento não deve ser compreendido como mera recepção ou triagem dos usuários, mas como uma diretriz ético-política, relacional e

organizadora das práticas de saúde. Nessa perspectiva, Merhy (2014), compreende o acolhimento como uma tecnologia leve produzida no espaço relacional do trabalho vivo em ato, constituindo elemento fundamental para a produção do cuidado.

Seu sentido ultrapassa a dimensão administrativa do acesso, envolvendo a escuta qualificada, o reconhecimento das necessidades de saúde, a construção de vínculos, e a produção de respostas compartilhadas entre trabalhadores e usuários. Assim, o acolhimento configura-se como uma estratégia capaz de deslocar o foco da atenção centrada exclusivamente na queixa ou no procedimento para uma prática orientada pelas necessidades dos sujeitos, fortalecendo a integralidade, a humanização e a resolutividade do cuidado no âmbito do SUS. Neste sentido, o acolhimento constitui uma diretriz capaz de reorganizar o processo de trabalho a partir das necessidades dos usuários, deslocando o eixo do atendimento centrado na consulta médica para uma lógica centrada no cuidado (Franco; Bueno; Merhy, 1999).

No campo da saúde bucal, contudo, a literatura evidencia que o acolhimento ainda enfrenta limites importantes. Carnut et al. (2017), argumentam que a apropriação do acolhimento pela odontologia permanece marcada por contradições, sobretudo quando ele é reduzido à triagem ou à simples organização burocrática da demanda. Nesses casos, o acolhimento perde sua potência transformadora e deixa de tensionar a lógica do processo de trabalho.

Os estudos empíricos reforçam que o acolhimento pode funcionar como dispositivo potente de mudança quando incorporado de forma transversal ao cotidiano das equipes. Antunes, Assis e Santos (2022), ao analisarem a implantação do acolhimento em saúde bucal em uma USF, observaram ampliação da escuta das demandas dos usuários, maior participação da equipe multiprofissional e experiências de aprendizagem coletiva no trabalho. No entanto, mesmo diante de avanços no contexto do serviço, ainda assim, os achados evidenciam que a implantação ocorreu de forma fragmentada, muitas vezes restrita à saúde bucal, sem integração plena com o conjunto das práticas da unidade.

Também Lima et al. (2019), em relato de experiência sobre as contribuições da ESB para o acolhimento em uma USF, demonstraram que essa estratégia favoreceu maior acesso da população aos serviços odontológicos, fortaleceu a escuta qualificada e o vínculo e ampliou a integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe da ESF. Assim, o acolhimento aparece como dispositivo de humanização

e qualificação do cuidado, deslocando o foco da lógica centrada no procedimento para uma abordagem mais integrada e orientada pelas necessidades dos usuários.

A literatura também demonstra que o acolhimento, quando associado à humanização do cuidado, fortalece a confiança do usuário e favorece sua adesão ao tratamento. Santos et al. (2022), em revisão integrativa, identificaram o acolhimento como elemento central para a humanização do cuidado odontológico, destacando sua contribuição para o vínculo, a confiança e a colaboração do paciente no tratamento.

Além do acolhimento, como um dispositivo do cuidado, a resolutividade é um princípio que merece atenção, pois se relaciona diretamente com a qualidade do processo de trabalho, com a coordenação da atenção, continuidade do cuidado e com a articulação entre os diferentes pontos da rede assistencial. A resolutividade pode ser compreendida como a capacidade dos serviços e das equipes de saúde responderem de forma adequada às necessidades apresentadas pelos usuários, produzindo cuidado, garantindo acesso oportuno, continuidade da atenção e articulação com outros pontos da rede quando necessário (Cecílio, 2001; Mendes, 2011). Nessa perspectiva, a resolutividade não se restringe à realização de procedimentos ou à solução imediata de queixas, mas envolve a produção de respostas integrais e socialmente efetivas às necessidades de saúde.

Na análise de Paim, 2008, a resolutividade relaciona-se à capacidade de os serviços atenderem adequadamente os problemas e necessidades apresentados pela população. Desta maneira, atua como atributo da qualidade da atenção e como expressão da efetividade das práticas de saúde. Embora não utilize exatamente o termo "resolutividade", (Starfield, 2002) trabalha o conceito de "capacidade de resolução" como sinônimo, onde argumenta que a APS deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde sem necessidade de encaminhamento.

Em uma perspectiva ampliada, a resolutividade envolve acolher, escutar, avaliar e articular recursos em rede, de modo que o cuidado não se interrompa na porta de entrada do serviço, mas se desdobre em respostas efetivas e integrais ao longo do tempo. Nessa perspectiva, a resolutividade supõe acesso oportuno, trabalho multiprofissional, integração com a rede, vínculo e responsabilização. Quando essa discussão é trazida para a saúde bucal, observa-se que a resolutividade também precisa ser pensada para além da abertura de agendas ou da realização da primeira consulta odontológica.

Na saúde bucal, a resolutividade aparece como dimensão particularmente tensionada. Arrais, Roncalli e Rosendo (2021), ao analisarem a qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil, mostraram que apenas parte das equipes apresentava bom padrão de qualidade, sendo a coordenação do cuidado uma das dimensões mais fragilizadas. Os autores destacam que persistem dificuldades importantes no acesso e na resolutividade, o que indica que a disponibilidade de infraestrutura não se traduz automaticamente em melhor cuidado.

Nesse sentido, Leal Júnior et al. (2021), ao revisarem a integralidade em saúde bucal na APS, concluíram que o acesso às ações de saúde bucal permanece frequentemente voltado às queixas imediatas dos pacientes, com predomínio de procedimentos curativos e baixa resolutividade. Segundo os autores, a dificuldade de acesso, a falha na organização da demanda, a limitação das ações de promoção e prevenção e a descontinuidade do tratamento fragilizam a integralidade da atenção.

Os estudos realizados em um contexto próximo do objeto do estudo acrescentam essa discussão. Rodrigues et al. (2019), ao analisarem os entraves que dificultam a prática das equipes de saúde bucal em município do Território do Sisal, evidenciaram problemas estruturais, falta de insumos, equipamentos insuficientes, sobrecarga da agenda, predominância da demanda espontânea e fragilidade do trabalho em equipe. Tais fatores repercutem diretamente na qualidade da atenção, produzindo baixa resolutividade, descontinuidade do tratamento e insatisfação dos usuários.

Em outros estudos, a relação entre resolutividade e rede de atenção aparece como elemento necessário. Cardoso, Assis e Santos (2022), demonstram que, mesmo quando o acolhimento amplia o acesso e organiza a entrada dos usuários, a persistência de dificuldades na comunicação e no encaminhamento entre níveis de atenção compromete a continuidade do cuidado e reduz a capacidade de resposta dos serviços.

Nessa perspectiva, Santiago et al. (2021), ao analisarem os municípios do estado da Paraíba, demonstram que a resolutividade da atenção básica em saúde bucal pode ser monitorada a partir da razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. Os autores mostram que esse indicador é útil para avaliar o desempenho dos serviços em nível municipal, especialmente porque evidencia que a capacidade de concluir tratamentos não

depende apenas da oferta inicial de consulta, mas também de condições estruturais, operacionais e organizacionais dos sistemas locais. Com isso, a resolutividade passa a ser compreendida como expressão da capacidade municipal de garantir continuidade e conclusão do cuidado, e não apenas de produzir entradas no sistema.

Essa leitura é reforçada por Teixeira et al. (2022), que verificaram a resolutividade do serviço odontológico público em um município baiano. Embora o estudo tenha identificado alto índice de resolutividade no período analisado, os autores também observaram elevada proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos individuais, interpretando esse achado como sinal de alerta para o perfil do cuidado ofertado.

Tal resultado é especialmente relevante, pois mostra que um indicador quantitativamente satisfatório de resolutividade não pode ser analisado isoladamente, sem considerar a natureza das práticas realizadas. Em outras palavras, concluir tratamentos não significa necessariamente produzir cuidado integral e conservador, sobretudo quando parte importante da assistência permanece ancorada em práticas mutiladoras ou em menor capacidade de preservação dentária.

Além destes achados, a literatura recente mostra que a resolutividade das equipes de saúde bucal está profundamente relacionada a aspectos do próprio processo de trabalho. Leme Junior (2024), ao analisar dados do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em escala nacional, identificou associação significativa entre maior resolutividade e equipes que realizavam planejamento das ações e participavam de reuniões conjuntas com o restante da equipe de saúde.

Na mesma linha, Veloso, Martins e Almeida-Marques (2024), destacam que a cobertura em saúde bucal na atenção básica e as condições socioeconômicas são determinantes importantes da resolutividade. Ao analisarem o cenário brasileiro entre 2017 e 2021, os autores identificaram importantes disparidades regionais, mostrando que a resolutividade não se distribui de forma homogênea no país, sendo atravessada por desigualdades de renda, cobertura assistencial e condições sociais mais amplas. Com isso, a resolutividade deixa de ser compreendida apenas como desempenho interno do serviço e passa a ser reconhecida também como fenômeno socialmente determinado.

No tocante, aos estudos sobre resolutividade do cuidado para pessoas com deficiência, verifica-se a necessidade de articulação entre atenção básica e atenção especializada, como aparece no estudo de Macêdo et al. (2018), que investigaram a percepção de cirurgiões-dentistas sobre o acesso e a resolubilidade do cuidado ofertado a pacientes deste grupo. Os autores observaram que, na percepção dos profissionais, esses usuários conseguem acessar os serviços odontológicos do município, entretanto, quando a atenção básica não consegue responder às demandas apresentadas, o encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) se torna a principal estratégia para continuidade do tratamento.

Desse modo, Macêdo et al. (2018) permitem compreender que a resolutividade, no caso de pacientes com necessidades especiais, não se esgota na possibilidade de acesso inicial à unidade básica. Ela depende da capacidade da equipe de acolher adequadamente, reconhecer seus limites técnicos, garantir encaminhamentos oportunos e articular a continuidade do cuidado com a atenção especializada. Portanto, a resolutividade, nesse contexto, está associada tanto à qualificação da clínica na APS quanto ao funcionamento efetivo da rede de atenção em saúde bucal.

Quando a saúde bucal permanece centrada na lógica da queixa, da urgência ou da fragmentação de procedimentos, sua resolutividade tende a se mostrar limitada, mesmo que os indicadores de produção sejam elevados. Em contrapartida, quando o cuidado é organizado por meio de planejamento, integração da equipe, educação permanente, acolhimento qualificado e articulação com a rede, ampliam-se as possibilidades de resposta mais efetiva e integral.

Diante disso, é possível afirmar que a produção do cuidado em saúde bucal orientada pela integralidade requer a articulação entre tecnologias leves, acolhimento e resolutividade. O acolhimento qualifica o acesso, fortalece vínculo e desloca o cuidado da lógica burocrática estrutural para uma linha de cuidado relacional e subjetiva.

A resolutividade, por sua vez, expressa a capacidade do serviço e da rede de transformar demandas em respostas efetivas, contínuas e compartilhadas. Quando essas dimensões se articulam, abrem-se possibilidades para superar a centralidade exclusiva do procedimento odontológico e avançar na construção de práticas centradas no usuário, em seus contextos de vida e em seus percursos de cuidado.

3.3 A Interprofissionalidade e suas potencialidades para o trabalho em Saúde Bucal

Nas últimas décadas, a discussão sobre interprofissionalidade tem ganhado destaque no campo da saúde coletiva, especialmente diante da necessidade de reorganização das práticas profissionais no SUS. Historicamente, o modelo de formação e atuação em saúde foi estruturado de forma disciplinar e fragmentada, no qual diferentes categorias profissionais atuavam de maneira isolada, com baixa comunicação entre si e limitada integração de saberes no cuidado aos usuários (Peduzzi, Agreli, 2018). Esse modelo contribuiu para a produção de práticas centradas em núcleos profissionais específicos, dificultando a construção de abordagens mais integrais no cuidado em saúde.

Nesse contexto, a Educação Interprofissional (EIP) emerge como uma alternativa ao modelo de formação uniprofissional, buscando desenvolver competências que favoreçam o trabalho colaborativo entre profissionais de diferentes áreas da saúde. De acordo com o Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), a EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem umas sobre as outras, com as outras e entre si, com o objetivo de aprimorar a colaboração e melhorar os resultados em saúde (Barr; Low, 2011; Souza; Alencar; Alencar, 2023).

Essa perspectiva busca superar a fragmentação do conhecimento e estimular o desenvolvimento de competências colaborativas, como comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e resolução coletiva de problemas (Batista; Batista, 2016).

Nesse sentido, a interprofissionalidade constitui uma estratégia para enfrentar a fragmentação das práticas em saúde, propondo a construção de relações colaborativas entre diferentes profissões. Diferentemente da multiprofissionalidade que se refere à presença simultânea de diferentes profissionais em um mesmo espaço de trabalho, a interprofissionalidade pressupõe interação, compartilhamento de saberes, comunicação efetiva e responsabilização na produção do cuidado (Peduzzi; Agreli, 2018). Assim, o trabalho interprofissional implica reconhecer a complementaridade entre os diferentes núcleos profissionais, favorecendo a construção de projetos terapêuticos compartilhados e a ampliação da integralidade

da atenção (Peduzzi; Agreli, 2018; Peduzzi et al., 2020).

Nesse sentido, torna-se fundamental transitar de um modelo de trabalho multiprofissional para um modelo interprofissional, orientado pelas necessidades de saúde dos usuários e pela articulação entre os diferentes saberes profissionais (Nascimento; Cunha; Brito, 2023; Barros; Spadacio; Costa, 2018). Neste sentido, a interação constante entre profissionais de diferentes áreas permite valorizar a diversidade de saberes e habilidades, contribuindo para que o cuidado em saúde se configure como eixo central das ações desenvolvidas nos serviços (Pires; Santos; Carneiro, 2023).

Estudos demonstram que práticas colaborativas no âmbito da atenção primária favorecem melhor coordenação da atenção e maior integração entre os profissionais envolvidos no cuidado (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016). Entretanto, a efetivação da interprofissionalidade ainda enfrenta desafios no cotidiano dos serviços de saúde. Entre os principais obstáculos destacam-se a formação profissional centrada em modelos disciplinares, a divisão técnica do trabalho e a persistência de hierarquias entre profissões, que dificultam o reconhecimento da importância dos diferentes saberes na produção do cuidado (Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2017).

Além disso, investigações sobre o trabalho em equipe na ESF apontam que a comunicação limitada entre profissionais e a ausência de espaços sistemáticos de planejamento coletivo configuram-se como barreiras importantes para a construção de práticas interprofissionais mais integradas (Freire Filho et al., 2019). Tais aspectos evidenciam que a interprofissionalidade depende não apenas da presença de diferentes categorias profissionais no serviço, mas também de mudanças na organização do trabalho e na cultura institucional das equipes.

No campo da saúde bucal, essa discussão adquire relevância particular. A odontologia historicamente se desenvolveu sob forte influência de um modelo tecnicista, centrado no procedimento clínico individual (Narvai, 2011). A incorporação das ESB na ESF representou um avanço importante na ampliação no campo de atuação da Odontologia, inserindo-a no contexto da saúde coletiva e das práticas de cuidado territorializadas.

Apesar desses avanços institucionais, estudos indicam que ainda persistem desafios para a consolidação do trabalho interprofissional no âmbito da saúde bucal. Uma pesquisa realizada por Silva, Nascimento e Melo (2021), analisou o processo

de trabalho das ESB na APS e evidenciou que, embora inseridas na ESF, essas equipes ainda apresentam práticas marcadas pela fragmentação do cuidado e pela centralidade no atendimento clínico individual. De modo complementar, reflexões sobre a clínica em saúde bucal no SUS indicam que a prática odontológica ainda é fortemente marcada por um modelo técnico-procedimental e curativista, o que reforça a necessidade de reconstruir percursos de cuidado mais integrados às redes de atenção à saúde (Pires et al., 2022).

Nesse contexto, torna-se fundamental superar práticas historicamente centradas no profissional e reorganizar o processo de trabalho de modo que o cuidado seja orientado pelas necessidades dos usuários, reconhecendo-os como protagonistas de sua trajetória de saúde (Nascimento; Cunha; Brito, 2023).

Outro elemento relevante para o fortalecimento da interprofissionalidade refere-se à articulação entre ensino e serviço. Experiências desenvolvidas no âmbito da APS indicam que a inserção de estudantes nos cenários de prática favorece processos de aprendizagem compartilhada e contribui para o desenvolvimento de competências voltadas ao trabalho em equipe (Pires; Santos; Carneiro, 2023). Nesse sentido, a articulação entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade constitui um importante caminho para a construção de processos formativos mais alinhados às necessidades do SUS (Souza; Alencar; Alencar, 2023).

Se, por um lado, a interprofissionalidade vem sendo reconhecida como estratégia potente para qualificar o cuidado no SUS, por outro, sua incorporação ao cotidiano dos serviços permanece dificultada por contradições estruturais, formativas e micropolíticas. Isso ocorre porque a defesa do trabalho interprofissional não se esgota na adesão discursiva a conceitos como colaboração, integralidade ou trabalho em equipe, mas ao contrário, exige alterações concretas na forma como o processo de trabalho é organizado, como os saberes são hierarquizados e como os sujeitos participam da produção do cuidado.

Diante dessa discussão, um elemento central da interprofissionalidade é a crítica à fragmentação do trabalho em saúde. A simples coexistência de diferentes categorias em um mesmo serviço não garante colaboração nem integralidade. Peduzzi e Agreli (2018) e Peduzzi et al. (2020) insistem que o trabalho interprofissional não corresponde à mera soma de especialidades, mas à articulação efetiva entre ações, saberes e responsabilidades.

Nesse sentido, Agreli, Peduzzi e Silva (2016), ajudam a aprofundar a

discussão ao articularem prática interprofissional colaborativa e atenção centrada no paciente. As autoras mostram que, quando o usuário e suas necessidades concretas tornam-se o centro do cuidado, há um deslocamento importante: a prática profissional deixa de estar rigidamente ancorada no núcleo especializado e passa a requerer negociação, diálogo e corresponsabilização entre os membros da equipe.

Entretanto, os estudos empíricos analisados mostram que essa centralidade do usuário ainda é limitada. Prado et al. (2023), ao discutirem comunicação interprofissional e participação do usuário na ESF, demonstram que houve avanços na interação entre profissionais, mas a participação do usuário na construção do plano de cuidado ainda ocorre de forma minoritária.

Quando se observa as práticas em saúde bucal, essas tensões tornam-se ainda mais evidentes. Pereira et al. (2022), mostram que trabalhadores da atenção básica reconhecem a relevância da atuação interprofissional da equipe de saúde bucal, embora persistam fragilidades relacionadas ao conhecimento mais aprofundado sobre o papel da Odontologia e à efetivação de práticas colaborativas.

Nessa perspectiva, a dificuldade da Odontologia em se inserir de modo mais colaborativo em práticas interprofissionais não decorre apenas de resistência individual dos profissionais, mas da própria forma histórica como o trabalho odontológico foi produzido, ensinado e legitimado.

Os estudos voltados aos cirurgões-dentistas aprofundam essa problematização. Godoi (2022) e Godoi et al. (2025), refletiram que práticas interprofissionais já integram parte do cotidiano desses profissionais, sobretudo em visitas domiciliares, grupos e ações territoriais. Entre as potencialidades mais referidas aparecem o cuidado integral, o compartilhamento de informações, o diálogo e o interesse do profissional em atuar com outras categorias. A força desses resultados está justamente em evidenciar a coexistência de avanços e permanências, onde a interprofissionalidade existe como possibilidade concreta e prática em certos espaços do cotidiano, mas segue limitada por uma organização do trabalho que ainda protege fronteiras profissionais e reproduz assimetrias de poder.

Nessa mesma linha de reflexão, Alves et al. (2021), identificaram que o trabalho interprofissional na ESF favorece ações de promoção de saúde bucal ao ampliar a discussão de casos e as possibilidades de cuidado. Araújo et al. (2018), em relato de colaboração interprofissional nas consultas de crescimento e desenvolvimento, também demonstraram que a presença articulada de diferentes

profissões potencializou ações preventivas e promocionais em saúde bucal no cuidado infantil.

Diante disso, é preciso problematizar que nem toda integração relatada nos estudos significa, necessariamente, transformação substantiva do modelo de atenção. Em alguns casos, o trabalho conjunto aparece mais em atividades coletivas, grupos ou ações pontuais do que na rotina clínica propriamente dita. Isso sugere que o núcleo duro do fazer odontológico, especialmente o cuidado clínico individual pode permanecer relativamente impermeável às práticas colaborativas.

Freitas (2024), ao analisar o cuidado à saúde bucal de idosos desdentados totais, explicita esse limite ao mostrar que a interprofissionalidade não é percebida pelos idosos como cuidado, nem é efetivamente executada, na visão dos próprios profissionais. Esse é um achado relevante, porque revela que a interprofissionalidade não deve ser avaliada apenas pela percepção dos trabalhadores sobre suas intenções colaborativas, mas também por sua materialização concreta e por seu reconhecimento pelos usuários. Se o usuário não percebe a articulação, talvez ela ainda não esteja suficientemente incorporada como prática de cuidado.

No campo da formação, os trabalhos também convergem: Barr e Low (2011), Batista e Batista (2016), Freire Filho et al. (2019), Souza, Alencar e Alencar (2023), Pires, Santos e Carneiro (2023) e Soares et al. (2024) sustentam que a EIP é condição estratégica para a consolidação de práticas colaborativas no SUS. A articulação entre ensino, serviço e comunidade, bem como a residência multiprofissional e os cenários da APS, aparecem como espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências colaborativas.

Assim, a interprofissionalidade, no contexto do SUS e particularmente na saúde bucal, não pode ser tomada apenas como um ideal e como uma simples ferramenta para aumentar a eficiência no cuidado. Ela constitui, antes, uma proposta ético-política na reorientação do cuidado, na superação da fragmentação e na construção de práticas colaborativas, integrais e centradas nas necessidades dos usuários. Todavia, sua efetivação requer enfrentar contradições persistentes, referente a hegemonia do modelo biomédico, a centralidade do procedimento, a hierarquização entre profissões, a baixa participação do usuário, as fragilidades da formação e os limites organizacionais dos serviços.

3.4 Educação Permanente como estratégia para fortalecimento do processo de trabalho

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui uma estratégia fundamental para a qualificação do trabalho e para a transformação das práticas de saúde no âmbito do SUS. Sua concepção ultrapassa a ideia de capacitação técnica ou atualização profissional, sendo compreendida como um processo educativo contínuo, construído a partir da reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho e orientado para a transformação das práticas de cuidado, gestão e formação em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

As origens da EPS remontam às discussões desenvolvidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nas décadas de 1970 e 1980, em um contexto de críticas aos modelos tradicionais de formação dos trabalhadores da saúde. Nesse período, observou-se que os processos educativos baseados exclusivamente em treinamentos pontuais, cursos de atualização e transmissão vertical de conteúdos mostravam-se insuficientes para promover mudanças efetivas nas práticas profissionais e na organização dos serviços. Em contraposição, emergiu a proposta da educação permanente, concebida como um processo integrado ao trabalho e voltado para a análise crítica dos problemas concretos enfrentados pelos trabalhadores em seus territórios de atuação (Haddad; Roschke; Davini, 1994).

A construção conceitual da EPS possui forte influência do pensamento de Paulo Freire. Ao criticar a educação bancária e defender uma educação problematizadora, Freire (1987), compreende o processo educativo como prática de liberdade, na qual os sujeitos produzem conhecimento a partir da reflexão crítica sobre sua realidade. Essa perspectiva contribuiu significativamente para a formulação da EPS, ao reconhecer os trabalhadores como sujeitos ativos da aprendizagem e da transformação dos processos de trabalho.

Nesse sentido, Davini (2009), define a EPS como um processo educativo incorporado ao cotidiano dos serviços, fundamentado na problematização das práticas e na aprendizagem significativa produzida a partir das necessidades concretas do trabalho. Para a autora, aprender e ensinar deixam de ser atividades separadas da prática profissional e passam a integrar o próprio processo de produção do cuidado.

No campo da Saúde Coletiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) ampliam essa compreensão ao afirmarem que a EPS constitui uma estratégia de transformação das práticas profissionais, da organização do trabalho e das instituições de saúde. Para os autores, não se restringe à aquisição de conhecimentos ou habilidades técnicas, mas busca produzir mudanças nos modos de pensar, agir e organizar o cuidado. Trata-se, portanto, de uma proposta político-pedagógica comprometida com a democratização das relações de trabalho e com a construção de práticas orientadas pelas necessidades de saúde da população.

É importante destacar que a Educação Permanente em Saúde difere conceitualmente da Educação Continuada, embora ambas sejam frequentemente utilizadas como sinônimos. A Educação Continuada caracteriza-se por processos de atualização técnico-científica realizados por meio de cursos, treinamentos, seminários e outras atividades educativas voltadas ao aprimoramento profissional. Em geral, tais ações são planejadas de forma verticalizada e têm como foco principal a transmissão de conhecimentos e a aquisição de competências específicas (Davini, 2009).

Por outro lado, a EPS possui caráter coletivo, problematizador e transformador. Seu objeto central não é apenas o conhecimento técnico, mas o próprio processo de trabalho, parte da análise dos problemas vivenciados pelos trabalhadores e busca construir coletivamente alternativas para sua superação. Enquanto a Educação Continuada procura responder às necessidades de atualização profissional, a Educação Permanente busca compreender criticamente os problemas presentes no cotidiano do trabalho e promover mudanças nas práticas e na organização dos serviços (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

No Brasil, a institucionalização da EPS ocorreu no contexto do fortalecimento das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde após a consolidação do SUS. Um marco importante foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde. Posteriormente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria nº 198/2004 e reformulada pela Portaria nº 1.996/2007, consolidou a EPS como estratégia oficial para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

A PNEPS define a EPS como aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e dos processos de trabalho,

tendo como ponto de partida a problematização da realidade e das necessidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, a EPS assume papel estratégico para a transformação das práticas de cuidado, gestão e formação, articulando ensino, atenção à saúde, gestão e participação social.

No contexto da APS, a EPS tem sido reconhecida como uma das principais estratégias político-pedagógicas para qualificação do trabalho e fortalecimento da produção do cuidado. Do ponto de vista teórico, a educação permanente surge como uma alternativa aos modelos tradicionais de capacitação profissional, historicamente baseados em cursos pontuais e treinamentos verticalizados centrados na transmissão de conteúdos. Gigante e Campos (2016), destacam que a política de educação permanente foi concebida justamente para superar essa lógica formativa tradicional, propondo processos educativos baseados na reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho e na problematização das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o cotidiano do trabalho em saúde torna-se um espaço de invenção, aprendizagem e transformação das práticas. A EPS reconhece que trabalhadores e usuários produzem saberes relevantes para a qualificação do cuidado, sendo necessário criar espaços coletivos que possibilitem a análise crítica dessas experiências e a construção compartilhada de novos modos de organização do trabalho (Carvalho; Merhy; Sousa, 2019).

No contexto da ESF, a educação permanente tem sido apontada como uma importante estratégia para qualificar o processo de trabalho das equipes e fortalecer a produção do cuidado. Araújo, Nascimento e Araújo (2022), destacam que os conhecimentos construídos por meio da educação permanente contribuem para o desenvolvimento de práticas mais resolutivas na ESF, favorecendo maior aproximação entre profissionais e comunidade e permitindo respostas mais adequadas às necessidades da população.

Experiências de educação permanente também demonstram potencial para qualificar práticas específicas do cuidado na atenção básica. Cruz, Santos e Araújo (2022), ao relatarem uma experiência formativa voltada para o acolhimento em uma USF, observaram que as atividades educativas possibilitaram a reflexão sobre as práticas de atendimento e ampliaram o conhecimento dos trabalhadores acerca da importância de desenvolver um acolhimento humanizado e resolutivo.

Entretanto, apesar de sua relevância para a qualificação do trabalho no SUS, a implementação da PNEPS ainda enfrenta diversos desafios. Estudos apontam que as ações educativas desenvolvidas nos serviços muitas vezes permanecem fragmentadas e distantes da proposta conceitual da política. Silva et al. (2017), ao investigarem estratégias de educação permanente na atenção básica, identificaram que muitas iniciativas formativas ainda se restringem a capacitações técnicas pontuais, sem articulação com os problemas concretos do processo de trabalho.

Além disso, em alguns municípios observa-se a inexistência de propostas estruturadas de educação permanente voltadas aos trabalhadores da atenção básica, o que evidencia a dificuldade de consolidar a política como estratégia permanente de gestão do trabalho e da educação em saúde (Silva et al., 2017).

Outro desafio refere-se ao próprio entendimento conceitual da educação permanente entre gestores e profissionais de saúde. Silva e Scherer (2020), apontam que o desalinhamento conceitual acerca do que se compreende por educação permanente constitui um obstáculo importante para a implementação da política, gerando interpretações distintas que muitas vezes reduzem a EPS a ações educativas pontuais.

Além disso, a fragmentação das iniciativas formativas e a baixa integração entre instituições de ensino e serviços de saúde também dificultam a consolidação da política no cotidiano dos serviços (Gigante; Campos, 2016). Nesse contexto, a efetivação da educação permanente depende não apenas da existência de políticas normativas, mas também de condições institucionais que favoreçam sua implementação, como financiamento adequado, apoio da gestão e criação de espaços coletivos de análise do processo de trabalho (Silva; Scherer, 2020).

A literatura também destaca que a consolidação da educação permanente depende da micropolítica do trabalho em saúde, na qual se expressam os encontros, as experiências e as práticas cotidianas dos trabalhadores do SUS. Nesse plano, os sujeitos constroem coletivamente respostas aos problemas vivenciados no serviço, produzindo processos contínuos de aprendizagem e transformação das práticas (Carvalho; Merhy; Sousa, 2019).

No campo da saúde bucal, essas questões assumem especial relevância. Estudos indicam que a educação permanente pode contribuir para qualificar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, especialmente quando articulada aos problemas concretos vivenciados nos serviços. No entanto, muitas ações

educativas desenvolvidas nesse campo ainda se aproximam mais de capacitações pontuais do que da proposta de educação permanente em saúde.

A análise da EPS exige cuidado para que ela não seja reduzida a uma categoria normativa ou a um enunciado consensual de modernização do trabalho, embora seja amplamente reconhecida como dispositivo estratégico para a qualificação do SUS, a literatura mostra que sua potência depende menos de sua formulação abstrata e mais das condições concretas em que ela se materializa no cotidiano dos serviços.

Essa questão é central porque parte significativa dos estudos indicam que a EPS segue convivendo com formas tradicionais de capacitação, frequentemente descoladas da análise crítica do trabalho vivo e das necessidades concretas da população (Gigante; Campos, 2016; Silva et al., 2017; Silva; Scherer, 2020).

Carvalho, Merhy e Sousa (2019), radicalizam esse entendimento ao enfatizar que a EPS ganha potência quando se centra no encontro e no saber da experiência, deslocando o foco da transmissão de conteúdos para a produção de aprendizagem situada, afetada pelos problemas e pelas invenções do cotidiano. Assim, a EPS não se define pelo formato da atividade, mas pela sua capacidade de inquietação com o instituído, de provocar análise do trabalho e produzir deslocamentos nas práticas.

Cruz, Santos e Araújo (2022), por sua vez, indicam que uma experiência de EPS voltada ao acolhimento possibilitou revisão das práticas de atendimento e ampliou a valorização da escuta qualificada. Em conjunto, esse estudo sugere que a EPS pode operar como mediadora entre formação, trabalho e cuidado, produzindo efeitos concretos sobre a maneira como as equipes analisam e organizam seu fazer.

Todavia, seria incipiente concluir que a existência de atividades educativas significa consolidação da EPS. A própria literatura mostra que há um distanciamento entre a formulação político-conceitual da política e sua incorporação nos serviços. Silva et al. (2017), demonstram que gestores reconhecem a EPS como estratégia importante para qualificar o trabalho, mas frequentemente a confundem com educação continuada, o que limita sua tradução em processos críticos e permanentes.

Silva e Scherer (2020), ao examinarem a implementação da PNEPS a partir de atores que participaram de sua construção, identificam que financiamento e espaços colegiados favorecem a política, mas que descontinuidade institucional, fragilidade do monitoramento e baixa priorização da EPS na agenda da gestão

seguem como obstáculos decisivos. Esses achados revelam que o problema da EPS não é apenas técnico-pedagógico, mas ele é também político-institucional. Ou seja, a fragilidade da EPS decorre não só de incompreensões conceituais, mas da forma como a gestão organiza prioridades e distribui recursos para consolidação da mesma.

É justamente nesse ponto que a discussão precisa ser problematizada, a EPS costuma ser celebrada como dispositivo para superar os problemas do trabalho em saúde, mas muitas vezes é capturada por lógicas gerenciais que a esvaziam de sua dimensão crítica. Quando convertida em atualização técnica pontual ou atividade desarticulada do cotidiano, ela perde sua potência transformadora e passa a funcionar mais como instrumento de adequação da força de trabalho do que como dispositivo de análise e reinvenção das práticas.

No campo da saúde bucal, essa tensão aparece de maneira ainda mais aguda. Isso ocorre porque a Odontologia se constituiu historicamente sob forte modelo tecnicista e procedimental, com centralidade no ato clínico individual e relativa distância das lógicas territoriais e coletivas do SUS. Bastos et al. (2017), mostram que os currículos de graduação ainda permanecem marcados por fragmentação disciplinar e centralidade em procedimentos, pouco articulados às necessidades concretas do SUS e da Clínica Ampliada.

Os estudos específicos sobre saúde bucal reforçam essa leitura. No trabalho de Emmi, Lima e Miranda (2021), ao analisarem a inserção de cirurgiões-dentistas em ações de educação permanente na região norte do Brasil, mostram que há participação desses profissionais em ações educativas, mas em um contexto marcado por vínculos temporários, baixa estabilidade e predomínio de estratégias presenciais tradicionais, como seminários, exposições e oficinas. O dado é relevante porque revela um contraponto, o qual se refere que a presença de ações de EPS não elimina a precarização do trabalho, que por sua vez, dificulta a continuidade e a consolidação de processos educativos mais integrados.

Na mesma linha de discussão, Terreri et al. (2018) mostram pouca articulação entre cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na capacitação e no desenvolvimento de ações de saúde bucal. O estudo é particularmente importante porque evidencia que a fragilidade da EPS em saúde bucal não se limita ao dentista como indivíduo, mas se expressa na própria baixa capilarização do saber

odontológico junto aos demais trabalhadores da equipe, especialmente os ACS, que ocupam posição estratégica na relação com o território e com as famílias.

Quando a saúde bucal não circula como tema compartilhado no interior da equipe, o que se mantém é uma lógica de núcleo profissional fechado, pouco aberta à integralidade e à corresponsabilização. Nesse cenário, a EPS aparece como necessidade não apenas de atualização técnica, mas de ampliação da capacidade coletiva da equipe de reconhecer, abordar e acompanhar necessidades de saúde bucal no território.

Outro ponto importante é que a EPS, quando caminha em articulação com a saúde bucal, não deve ser pensada apenas para o aperfeiçoamento da clínica odontológica, mas para a reorientação da própria inserção da saúde bucal nas redes e nas equipes. Gondinho et al. (2018), ao analisarem a percepção de coordenadores sobre a rede de atenção à saúde bucal, indicam dificuldades relacionadas à inadequação da organização dos serviços às necessidades territoriais, à estruturação precária dos níveis de atenção, à insuficiência de recursos humanos e à necessidade de maior compreensão sobre redes de atenção.

Além disso, a discussão sobre EPS se articula com a EIP e com o trabalho colaborativo, sobretudo quando se pensa na produção do cuidado na APS. De um lado, a literatura confirma potencialidades recorrentes, a exemplo do fortalecimento da reflexão sobre o processo de trabalho, qualificação do acolhimento, construção de saberes mais próximos das necessidades do território, ampliação da resolutividade e possibilidade de reorientação das práticas em saúde bucal e na ESF. No entanto, por outro lado, os estudos relatam barreiras, tais como, a redução da EPS a capacitação pontual, baixa sustentação institucional, fragilidade conceitual entre gestores e trabalhadores, precarização dos vínculos, pouca articulação entre saúde bucal e demais categorias da equipe e insuficiente incorporação da análise do trabalho como eixo formativo.

4 METODOLOGIA

O relato metodológico deste estudo foi estruturado em conformidade com os critérios consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ), conforme versão traduzida e validada

por Souza et al. (2021), com o objetivo de ampliar a transparência e a completude do relato metodológico.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo crítico-analítico, de abordagem qualitativa, realizado com as Equipes de Saúde Bucal, usuários e Informante chave da gestão (ICG) do município. Este tipo de estudo possibilita compreender o mundo dos significados, das ações e relações humanas (Minayo, 2011). É, a partir daí que sistematizamos as informações para compreender a lógica do processo em estudo uma vez que o estudo qualitativo nos permite desvendar processos sociais pouco conhecidos de grupos populacionais específicos, além de possibilitar segundo Minayo (2010, p. 45), “a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”.

4.2 Campo de estudo

O Território do Sisal está localizado no Semiárido Baiano e abrange vinte municípios, o qual pode ser concebido como um recorte espacial de escala regional, configurando-se como uma esfera de organização e de mobilização construída pelas redes de movimentos sociais, e mais recentemente como uma nova escala de planejamento e de ação governamental (Coelho Neto, 2013). O território é caracterizado como um conjunto de municípios do interior da Bahia que possuem uma estreita relação com a cadeia produtiva da planta sisal, mas que desenvolvem também outras atividades econômicas, predominantemente rurais (Santos, Coelho Neto, Silva, 2015).

O campo de estudo fica localizado a aproximadamente 185 km de Salvador. Segundo o IBGE, o município possui população de 80.435 habitantes e densidade demográfica de 137,89 hab./km², conforme o Censo 2022. Possui área territorial de 583,311 km²; e IDHM de 0,634. Foram registrados os maiores indicadores socioeconômicos do Território do Sisal, entre eles: Produto Interno Bruto (PIB) equivalente a R\$ 1.420.688.880,00; PIB per capita de R\$ 17.662,57; Taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos é de 99%, porém o analfabetismo na população de 15 anos ou mais é de aproximadamente 18,5%, (IBGE, 2025).

Os serviços de saúde local estão organizados em 29 USF, localizados na zona urbana e rural, segundo informações obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além do Hospital Municipal e do Hemoba. Destas Unidades do município, apenas 14 possuem ESB, informação esta que revela uma cobertura de saúde bucal de 57,20% para uma população de 80.435 habitantes, o qual representa uma estimativa de 48.300 mil habitantes da população coberta assistida por ESB vinculadas às ESF, considerando o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de saúde (CNES, 2025). O município não dispõe de um CEO, desta maneira, os procedimentos de algumas especialidades odontológicas não realizadas nas UBS, exceto Odontopediatria e Bucomaxilofacial são realizados no consultório odontológico localizado no setor interno do Hospital Municipal.

4.3 Técnica e instrumento para produção dos dados

A técnica para produção dos dados ocorreu por meio da aplicação de entrevista semiestruturada, as quais foram realizadas com quatro grupo de participantes e gravadas após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Essa técnica possibilita o conhecimento das condições estruturais, de valores e símbolos, além de transmitir as representações, condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas para aquela população (Minayo, 2011).

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro orientador para cada categoria de participante. Todas foram conduzidas pelo pesquisador principal. O pesquisador responsável é do sexo masculino, Cirurgião-Dentista, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. O mesmo possui experiência prévia em pesquisas qualitativas e condução de entrevistas semiestruturadas durante sua formação com o grupo PET Odontologia e no mestrado profissional.

Antes da realização das entrevistas, não havia vínculo entre o pesquisador com os participantes. Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos metodológicos e ao caráter acadêmico do estudo, sendo informado que a investigação fazia parte de uma pesquisa de mestrado. O pesquisador possui interesse em pesquisas na área de Saúde Bucal Coletiva,

reconhecendo a necessidade de constante reflexão crítica durante todo o processo investigativo.

As mesmas foram aplicadas entre os meses de maio e dezembro de 2025 com os seguintes participantes: Informante chave da gestão (ICG) do município, profissionais das ESB (CD e ASB/TSB) e Usuários de seis USF. As Unidades foram selecionadas previamente pela Coordenação de Saúde Bucal, de acordo com o maior número de usuários cadastrados. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio mediante autorização dos participantes. As entrevistas tiveram duração média entre 9 e 30 minutos.

Os participantes foram convidados pessoalmente pelo pesquisador nas referidas USF, de acordo com a disponibilidade e a vontade de cada um dos participantes e realizadas em um espaço reservado dentro das USF dos trabalhadores de saúde, do informante chave da gestão, e dos usuários, em local reservado, livre da escuta e sem presença de terceiros, para que pudessem expor sua opinião de forma privativa. Não houve recusas entre os participantes convidados, bem como, não foram realizadas entrevistas repetidas. Após as transcrições, não houve devolução aos participantes.

Para critério de inclusão, os participantes dos diferentes grupos deveriam aceitar a participar da pesquisa e assinar o TCLE, além de ter vínculo empregatício maior que seis meses na Unidade de Saúde para os integrantes da ESB, e na gestão em saúde no município em estudo para o informante chave da gestão, e para os usuários ter vínculo maior que seis meses na referida USF. Foram excluídos do estudo, os profissionais e usuários que tinham vínculo inferior a seis meses na referida USF, ou que recusaram participação após leitura do TCLE.

4.4 Participantes do estudo

A pesquisa qualitativa não se baseia numa amostragem numérica, pois não há uma preocupação, a priori, com o quantitativo de participantes, uma vez que o contexto analisado são suas “representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes” (MINAYO, 2010, p. 87).

Os participantes deste estudo foram distribuídos em Cirurgiões-dentistas (n=7), ASB ou TSB (n=5), Usuários do serviço (n=7) e Informante chave da gestão (ICG) (n=1), totalizando em (n=20) integrantes.

No que se refere à definição da amostra, adotou-se a perspectiva da pesquisa qualitativa proposta por Turato (2013), a qual se orienta pela seleção de participantes que vivenciam ou possuem experiência significativa com o fenômeno investigado. Desta maneira, quanto ao encerramento da inclusão de participantes, utilizou-se o critério de saturação dos dados, também fundamentado em Turato (2013), a qual é alcançada quando os materiais produzidos nas entrevistas passam a apresentar recorrência de informações, sentidos e conteúdos, sem o acréscimo de elementos substantivamente novos para a análise. Assim, o número de participantes foi definido ao longo do trabalho de campo, à medida que os dados se mostraram suficientes para responder aos objetivos da pesquisa e sustentar a construção empírica das categorias temáticas.

4.5 Método de análise de dados

Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática, conforme proposta por Minayo (2012). Essa abordagem caracteriza-se pelo processo sistemático, rigoroso e reflexivo, que busca identificar, classificar e interpretar os núcleos de sentido presentes nas falas dos participantes, considerando a historicidade, o contexto social e a interação entre sujeito e objeto de pesquisa.

A análise seguiu o seguinte percurso metodológico: transcrição das entrevistas, leitura flutuante e exaustiva do material empírico, categorização analítica, codificação, definição dos núcleos de sentidos e categorização temática.

As categorias analíticas foram definidas de acordo com os conceitos definidos na revisão de literatura: Processo de trabalho em saúde; Produção do cuidado em saúde bucal, acolhimento e resolutividade como dispositivos do cuidado; Trabalho Interprofissional em saúde; Educação Permanente em Saúde.

A organização e codificação dos dados foram realizadas manualmente, sem utilização de software específico. A codificação dos participantes foi realizada pelo pesquisador principal e definida de acordo com as letras iniciais do grupo de cada participante e adicionado um número aleatório, com finalidade de evitar identificação dos participantes.

Os núcleos de sentidos foram identificados por meio de unidades temáticas após leitura exaustiva e análise das falas dos participantes de maneira que

representasse os assuntos principais, as quais revelavam saber e significado para os objetivos da referida categoria analítica.

As categorias empíricas foram construídas a partir da interação entre o referencial teórico adotado e os núcleos de sentido emergentes do material empírico, após agrupamento das unidades temáticas de maneira a integrar a leitura empírica e teórica em um movimento dialético. Os resultados e discussão das categorias não foram submetidos à validação pelos participantes.

As categorias empíricas definidas no estudo foram as seguintes: 1) Entre os horizontes do cuidado ampliado, a centralidade no procedimento e (des) organização das práticas; 2) (Re) produção do cuidado em saúde bucal: afinal, de qual acolhimento e resolutividade estamos falando?; 3) Trabalho interprofissional em saúde bucal: Da indefinição conceitual a fragilidade de práticas colaborativas; 4) Educação permanente em saúde: Vazios na formação e qualificação profissional.

4.6 Questões éticas

Este estudo faz parte do projeto guarda-chuva - Observatório de Saúde Bucal Coletiva: Um olhar Sobre o Território do Sisal na Bahia, e vinculado ao PET Odontologia. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e autorizado (protocolo nº 332/2010) (Anexo A) e autorização do município conforme Termo de Anuência conforme (Anexo B). Os participantes assinaram o TCLE (Apêndice C), foram informadas sobre direitos e riscos, e os dados foram confidencializados, armazenados com segurança e tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados. Gravações e registros serão destruídos cinco anos após a publicação dos resultados. O estudo está de acordo com a Lei nº 14.875/2024 que institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no Brasil, da resolução nº 466/2012 e da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características socioeconômicas e demográficas

No presente estudo foram identificadas as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais das ESB, Cirurgiões-dentistas (CD01 a CD07); ASB e TSB (ASB01 a TSB05); Informante chave da gestão na categoria de Gestão em Saúde (ICG); e Usuários dos serviços de saúde (U01 a U07), abrangendo sexo, raça, idade, instituição formadora, tempo de formação, tempo de atuação no serviço, tipo de vínculo, se possui duplo vínculo trabalhista, carga horária de trabalho semanal, se possui pós-graduação e renda salarial, para os integrantes das ESB e Informante chave da gestão (Quadro 01 a 03), exceto para os usuários (Quadro 04), que abrangeu, sexo, raça, idade, escolaridade, tempo de cadastro na UBS, serviços utilizados na UBS e renda média salarial.

Quadro 01: Características sociodemográficas - Cirurgiões-dentistas

CD	Sexo	Raça	Idade	Instituição formadora	Tempo de formação	Tempo de atuação	Tipo de vínculo	Duplo vínculo	Carga horária	Pós-graduação	Renda salarial
01	F	Branca	23	Instituição privada	1 ano	1 ano	Contrato	Não	40hr	Não	1-2 salários
02	F	Branca	44	Instituição privada	15 anos	13 anos	Contrato	Não	40hr	Sim (Esp. Orto)	1-2 salários
03	F	Branca	31	Instituição privada	06 anos	05 anos	Contrato	Não	40hr	Sim (Esp. ODP)	1-2 salários
04	F	Parda	23	Instituição privada	01 ano	01 ano	Contrato	Não	40hr	Sim (Apf. HOF)	1-2 salários
05	F	Parda	28	Instituição privada	04 anos	04 anos	Contrato	Sim	30hr	Sim (Esp. Orto)	3-4 salário
06	F	Branca	26	Instituição privada	03 anos	03 anos	Contrato	Sim	30hr	Sim (Apf. Cirurgia oral menor)	3-4 salários
07	F	Branca	30	Instituição pública	05 anos	05 anos	Contrato	Sim	20 hr	Sim (Mestrado Saúde Coletiva/Pós - Endo)	4-5 salários

No grupo dos cirurgiões-dentistas, observa-se um perfil integralmente feminino, com predominância de mulheres brancas e presença de duas participantes pardas. Trata-se de um grupo relativamente jovem, com idades entre 23 e 44 anos. A formação ocorreu em sua maioria em instituições privadas, com tempo de formação e de atuação variando entre recém-formadas, com um ano de formação, a profissionais com 15 anos de graduação e 13 anos de atuação.

Destaca-se o fato de todas estarem inseridas por vínculo contratual, o que refere a precarização do trabalho e ausência de estabilidade típica de vínculos efetivos. O estudo de Oliveira (2010), aponta que a precarização do trabalho na saúde bucal manifesta-se por meio da adoção de vínculos temporários e instáveis, associados à rotatividade profissional e a dificuldades para a consolidação de práticas de cuidado mais humanizadas e comprometidas com as necessidades dos usuários. De maneira complementar, Taveira (2010), identificou que a precarização dos vínculos de trabalho na ESF tem sido associada à elevada rotatividade profissional, à instabilidade das equipes e ao comprometimento da longitudinalidade do cuidado, elementos que fragilizam a consolidação dos princípios da APS.

Outra característica é um grupo com jornadas reduzidas de 20 a 30 horas e presença de duplo vínculo entre parte das participantes, as quais possuem maior renda nas faixas de 3 a 5 salários mínimos. Há, ainda, presença de formação complementar, já que quase todas possuem pós-graduação ou aperfeiçoamento em especialidades odontológicas, no entanto, somente uma participante possui especialidade em Saúde Coletiva.

Quadro 02: Características sociodemográficas - Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal

TSB/ASB	Sexo	Raça	Idade	Instituição formadora	Função	Tempo de formação	Tempo de atuação	Tipo de vínculo	Carga horária	Duplo vínculo	Renda salarial
01	F	Preta	27	Instituição privada	ASB	08 anos	04 anos	Contrato	40hr	Não	1-2 salários
02	F	Parda	26	Instituição pública	ASB	04 anos	3 anos	Contrato	40hr	Não	1-2 salários
03	F	Parda	36	Instituição privada	ASB	08 anos	07 anos	Contrato	40hr	Não	1-2 salários
04	F	Parda	29	Instituição pública	TSB	03 anos	03 anos	Contrato	40hr	Não	1-2 salários
05	F	Parda	31	Instituição privada	TSB	09 anos	07 anos	Contrato	40hr	Não	1-2 salários

Entre ASB e TSB, o perfil também é exclusivamente feminino, com predominância de mulheres pardas e presença de uma participante preta. As idades situam-se entre 26 e 36 anos. Há participantes com formação realizada em instituições locais e regionais, tempo de conclusão médio entre 3 e 9 anos e tempo de atuação que variam entre 3 e 7 anos. Todas possuem vínculo por contrato, carga horária de 40 horas, ausência de duplo vínculo e renda concentrada entre 1 e 2

salários mínimos. Essas informações cabe refletir, que expõe uma posição ocupacional marcada por baixa remuneração, alta carga horária e vínculo contratual.

Quadro 03: Características sociodemográficas - Gestão em Saúde

Gestor	Sexo	Raça	Idade	Instituição formadora	Tempo de formação	Tempo de atuação	Tipo de vínculo	Carga horária	Duplo vínculo	Pós-graduação	Renda salarial
01 (ICG)	M	Branco	46	Instituição pública	23 anos	08 anos	Contrato	30 horas	Sim	Especialização em Prótese	4-5 salários

A gestão em saúde bucal é realizada apenas pelo ICG, sexo masculino, branco, com 46 anos, formado em uma instituição pública de ensino, com 23 anos de formação e 8 anos de atuação no serviço público, possui vínculo contratual, jornada no serviço público de 30 horas, e duplo vínculo, atuando também no setor privado, com renda média entre 4 e 5 salários mínimos. Esse perfil indica o fato de também estar sob contrato temporário, motivo que a precarização do vínculo não se restringe apenas às equipes assistenciais, alcançando também funções da gestão.

Quadro 04: Características sociodemográficas - Usuários do serviço

Usuário	Sexo	Raça	Idade	Escolaridade	Tempo de cadastro na Ubs	Renda salarial
01	F	PARDA	36	2º GRAU COMPLETO	3 anos	Menor que 1 salário
02	F	Preta	26	1º grau completo	5 anos	Menor que 1 salário
03	F	Parda	24	2º grau completo	3 anos	1-2 salários
04	F	Parda	30	2º grau completo	4 anos	Menor que 1 salário
05	F	Parda	22	2º grau completo	6 anos	1-2 salários
06	F	Preta	46	1 grau completo	8 anos	Menor que 1 salário
07	F	Preta	67	1º grau incompleto	Média 15 anos	1-2 salários

Quanto aos usuários, o quadro revela predomínio feminino, com sete mulheres, maioria parda e preta, além de ampla variação etária, de criança a idosa. A escolaridade concentra-se em baixa ou média escolarização, com casos de primeiro grau incompleto, primeiro grau completo e segundo grau completo. O tempo de cadastro na UBS varia de 3 a 15 anos, sugerindo inserção longitudinal no serviço. Os atendimentos nas USF mais registrados pelos participantes se concentram em ações como pré-natal odontológico, limpeza, restauração, extração, raspagem,

avaliação, encaminhamento para prótese e biópsia. Em relação à renda, predomina a faixa inferior a 1 salário mínimo ou entre 1 e 2 salários mínimos.

Em linhas gerais, essa composição sociodemográfica ajuda a compreender que o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal é produzido por profissionais majoritariamente mulheres, com vínculos precarizados, com desigualdades internas de renda por categoria profissional, diante de usuárias também marcadas por desigualdades de classe e raça.

Após a análise das entrevistas, foram organizadas quatro categorias empíricas, apresentadas a seguir:

5.2 Entre os horizontes do cuidado ampliado, a centralidade no procedimento e a (des)organização das práticas

5.2.1 Percepções do trabalho em Saúde Bucal

Discutir o processo de trabalho e a prática em saúde bucal no âmbito da APS, é buscar compreender como se produzem os percursos do cuidado para o usuário, cuidado este, atravessado por disputas entre diferentes modos de produção, que ora se aproxima de uma perspectiva ampliada e integral, mas que historicamente se mantêm ancoradas em práticas tecnicistas e procedimentais. Esses tensionamentos se materializam no cotidiano das ESB revelando contradições nas práticas, bem como entre diferentes sujeitos e posições na hierarquia do trabalho em saúde.

Segundo Pires et al. (2022), a reconfiguração da clínica em saúde bucal no SUS é possível quando o processo de trabalho passa a incorporar tecnologias relacionais e a centralidade do usuário, evidenciando que a produção do cuidado depende fundamentalmente do trabalho vivo em ato e da capacidade dos profissionais de reinventar suas práticas no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, observa-se uma compreensão do processo de trabalho em saúde alinhada à perspectiva do cuidado ampliado, evidenciando a centralidade das dimensões relacional, social e subjetiva nas práticas cotidianas. Essa postura emerge no reconhecimento de que a atuação técnica deve transcender o procedimento biológico, conforme o relato de um dos cirurgiões-dentistas: “Eu acredito que o processo de trabalho vai além do atender, é cuidar da comunidade”

(CD01). Essa visão de integralidade é compartilhada por CD03, que reitera a necessidade de um olhar multidimensional sobre o sujeito:

Na verdade, o nosso trabalho vai além da saúde bucal, né? A gente primeiro cuida do paciente, sabe que ele é o amor de alguém e a gente precisa tratar ele como um todo, é... nem é só dor de dente, só ver boca (CD03).

Essa mesma orientação ética e social ressignifica a prática profissional para além do núcleo da Odontologia tradicional, vinculando-a diretamente ao direito à saúde e à defesa do SUS. Esse compromisso se expressa tanto na satisfação em garantir o acesso, como aponta TSB04, “Para mim, é proporcionar melhora na saúde da população. Você vê a felicidade do povo em poder se tratar gratuito”, quanto na dimensão do fazer em saúde bucal, destacada por CD04: “O trabalho em saúde bucal é uma missão, principalmente no SUS. É ter vontade da gente estar ajudando mesmo. De fazer o melhor com o pouco, de fazer diferença na condição de vida, de devolver autoestima para a comunidade” (CD04).

Nessa direção, alguns relatos expressam um olhar sensível ao território, às histórias de vida e à comunidade, priorizando a escuta e o reconhecimento do usuário. Essa dinâmica evidencia a centralidade das tecnologias leves na produção do cuidado (Franco; Merhy, 2010), demonstrando que a experiência positiva da assistência não se reduz ao procedimento clínico em si, mas envolve o modo como as relações são tecidas no serviço e no território. Esse cenário é ilustrado por uma usuária ao narrar a experiência de seu filho: “Ele ficou bem à vontade com ela. Depois de avaliar os dentes de leite, ele precisou de uma limpeza e ganhou um kitzinho, e na creche quando ela teve lá ele conheceu a Doutora dele” (U07). Esse contexto sinaliza que o trabalho em saúde bucal coletiva se expressa e se fortalece substancialmente por meio do vínculo, da confiança e da capacidade de produzir aproximação com a vida dos sujeitos.

Mesmo em contextos de limitação estrutural, a dimensão relacional do trabalho pode permanecer como elemento reconhecido pelos usuários, percebe-se emergir uma micropolítica do cuidado que, mesmo sob problemas estruturais, ainda assim, produz reconhecimento, acolhimento e algum sentido ampliado para o trabalho em saúde bucal (Merhy; Franco, 2003; Feuerwerker, 2014). Essa percepção ganha contornos práticos nas narrativas dos usuários, que destacam elementos como a escuta qualificada, a paciência e a resolutividade como aspectos do acolhimento na unidade. O impacto da dimensão afetiva na produção do cuidado é

evidenciado no relato de uma usuária: “[...] Eu acho que elas cuidam bem, a atenção e a paciência fazem a diferença. Tipo, você se sentir bem é ótimo [...]. Aí tudo que preciso elas resolvem e me sinto bem acolhida aqui” (U05). Ademais, essa postura acolhedora se reflete na capacidade da equipe de manejar situações de vulnerabilidade clínica, transcendendo a mera execução do procedimento cirúrgico, conforme aponta U08, ao relatar que “Eu aqui fui atendida várias vezes, por dentistas diferentes, e mesmo com dificuldade fiz as extrações, porque minha pressão não controlava e as meninas foram pacientes comigo” (U08).

Outras falas, complementam e reforçam uma definição do trabalho em saúde bucal de maneira a possibilitar um cuidado ampliado, como observado nas falas das auxiliares/técnicas em saúde bucal, como na fala de ASB03 ao relatar na seguinte fala:

Porque é o momento da nossa prática, é quando recebemos o paciente sem pensar apenas no procedimento, mas de que maneira vamos resolver a sua necessidade para cuidar bem deles (ASB03).

Pra mim, é o que a gente faz todo dia, é acolhimento, tratar bem ao próximo, né? E a comunidade, todas as comunidades precisam, ainda mais que é uma comunidade muito carente. Então, eu me sinto privilegiada de estar aqui, atender ao público, para ajudar (TSB05).

Diante dos relatos acima, que trazem uma reflexão do cuidado com o usuário numa visão para além do consultório é corroborada no estudo de Faccin, Sebold e Carcereri (2010), os quais relataram que embora a mudança do modelo não se desse por completo, já se observam concepções de trabalho que tensionam o padrão curativista e apontam para outras possibilidades de organização das práticas. Rodrigues e Bomfim (2010), em um estudo realizado no semiárido baiano, mostraram que o cotidiano do trabalho contém alguns pontos de mudança, ainda que o modelo individual-curativista siga hegemônico no processo de trabalho.

Em estudo realizado no Território do Sisal da Bahia, no município de Nordestina, Oliveira et al. (2020), concluíram que o processo de trabalho da ESB no município é marcado por forte centralidade no atendimento clínico individual, evidenciando a permanência do modelo curativista, motivo este, que emerge a necessidade de reorganização do processo de trabalho para ampliar a integralidade e a resolutividade do cuidado.

Mesmo diante do compromisso ético de alguns profissionais, o cuidado pode permanecer restrito à resposta clínica imediata, sobretudo quando as condições institucionais reforçam a centralidade do procedimento e do produto técnico em

detrimento da longitudinalidade e da integralidade (Merhy; Franco, 2003; Franco; Merhy, 2010; Feuerwerker, 2014).

Nesse sentido, observam-se similaridades com o campo empírico investigado, onde prevalecem concepções de trabalho em saúde bucal ainda distantes do ideal de um cuidado relacional e ampliado. As falas dos participantes evidenciam o predomínio de uma lógica assistencial centrada no tratamento clínico, nos procedimentos odontológicos e no uso de tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das dimensões relacionais do cuidado. Tal compreensão pode ser identificada quando os profissionais associam o trabalho em saúde bucal à realização de atendimentos e procedimentos no consultório, como expresso por CD05 ao afirmar que "o trabalho em saúde bucal, pra mim, envolve a parte do tratamento dentro da sala do consultório" (CD05).

De forma semelhante, CD06 relaciona o trabalho em saúde à capacidade de atender e tratar as necessidades apresentadas pelos usuários, ao relatar que "o trabalho em saúde que a gente faz é cuidar do paciente, né... É atender e ir fazendo o pouquinho que temos, ver o que ele necessita e tratar" (CD06). Na mesma direção, CD02 compreende o trabalho em saúde como a realização dos procedimentos disponíveis no serviço, ao afirmar que "o trabalho em saúde é realizar os atendimentos com os pacientes, fazendo todos os procedimentos que são necessários, os básicos que existem dentro da nossa capacidade" (CD02).

Portanto, essas narrativas evidenciam a coexistência e a persistência de uma lógica assistencial centrada no procedimento. Essa centralidade técnica intensifica-se ao associar-se à divisão social do trabalho em saúde bucal, fragmentando as ações entre o fazer instrumental e o ato clínico. Essa mesma percepção de um trabalho substancialmente subordinado e voltado à preparação do ambiente clínico é reiterada por ASB02 ao descrever sua rotina: "Dentro da sala, o meu trabalho é deixar a sala limpa, organizada, deixar instrumentais limpos, esterilizados e manter tudo pronto pra Doutora" (ASB02).

Esse cenário se expressa claramente nos relatos das auxiliares, cujas funções cotidianas aparecem fortemente vinculadas ao suporte logístico e à manutenção do consultório, conforme ilustra ASB01:

Aqui... Eu faço auxílio nos procedimentos, pego os prontuários dos pacientes, acolho, faço aquele primeiro momento, pego as fichas, cuido do material, a

esterilização, toda a manipulação dos instrumentais e material também de consumo (ASB01).

Esse retrato acerca do modo de trabalho voltado às relações puramente procedimentais e hierarquizadas. Fusco et al. (2023), destaca que as práticas ainda estão centradas no modelo curativista e clínico-individual e o processo de trabalho ainda reproduz lógicas tradicionais, mesmo dentro do contexto da ESF. Leal Junior et al. (2021), em uma revisão integrativa, conclui que a atenção em saúde bucal na APS acontece principalmente através de procedimentos curativos, nessa perspectiva evidencia que o acesso às ações de saúde bucal está voltado principalmente às queixas dos pacientes, com procedimentos, na maioria das vezes, curativos e com baixa resolutividade.

Estes aspectos, mesmo diante de alguns avanços, ainda são incipientes no quesito de vivenciar uma realidade no serviço, que em sua maioria sobressaia o trabalho em saúde voltado a integralidade e consiga romper com essa organização fortemente voltada ao consultório e aos procedimentos clínicos, como também destacados nos estudos de (Barbosa; Brito; Costa, 2007; Faccin; Sebold; Carcereri, 2010; Rodrigues; Bomfim, 2010; Rodrigues et al. 2010; Rodrigues et al. 2011; Reis; Scherer; Carcereri, 2015). Estes estudos aparecem como um reflexo coletivo, como expressão de uma racionalidade histórica e institucionalmente empregada no processo de trabalho e nas práticas de produção do cuidado da odontologia brasileira.

Diante dessa problemática, cabe destacar estudos mais recentes, a exemplo de Oliveira et al. (2020), que corroboram como uma linha do tempo com os achados acima, pois teve seu trabalho realizado com equipes de saúde, e obteve resultados semelhantes, ao destacarem o modo de organização do trabalho ser baseado por atividades fragmentadas e pouco articuladas ao território, motivo de dificuldades na incorporação do planejamento coletivo e do trabalho interdisciplinar, além de possuir limitações na construção da integralidade do cuidado, e o distanciamento entre o modelo preconizado pela ESF e a prática cotidiana.

Além do modo de organização do trabalho ser fruto de uma herança estrutural do modelo centrado no procedimento, pode-se ver que essa lógica reflete-se na própria compreensão dos usuários sobre as ações produzidas pelas ESB. A percepção do cuidado muitas vezes permanece restrita ao ato técnico e à resolutividade imediata, sendo afetada diretamente pelas barreiras de acesso e pela

descontinuidade da assistência, como ilustram os relatos a seguir: “Eu fiz uma avaliação e precisou de limpeza e restauração, aí foi rápido, ela trabalha certinho. Mas também tem dia que demora bastante. Aí eu não venho tanto assim...” (U05); “O tratamento das meninas é bom, ruim é que direto quebra ou falta as coisas e aí demora demais pra gente poder fazer uma coisa de necessidade” (U07).

Essa fragilidade na organização da rede de atenção e no manejo clínico torna-se ainda mais evidente quando intercepta ciclos de vida prioritários na APS, como o período gravídico. A desarticulação entre a avaliação programática e a real capacidade de intervir de forma oportuna e segura é evidenciada no relato de uma gestante:

No primeiro dia do pré-natal, eu passei por uma avaliação odontológica. Mas aí, dessa avaliação, fui encaminhada para extração. Eu tenho até outros procedimentos para fazer, porém, eu não posso fazer, porque seria extração e por conta da gestação e eu sou alérgica também a todos os tipos de anestésicos utilizados... não posso fazer agora (U01).

Estas falas revelam o momento em que o trabalho da equipe é percebido, por aquilo que consegue entregar no encontro assistencial imediato. Os relatos mostram que, para os usuários, o processo de trabalho aparece fortemente identificado com consulta, procedimento, e resposta à queixa imediata, o que, de certo modo, confirma uma racionalidade assistencial centrada no atendimento pontual e na clínica operatória.

Nessa perspectiva, no nível da gestão, essa lógica é reforçada pelo (ICG), ao priorizar a dimensão puramente técnica e estrutural do trabalho:

[...] ver o trabalho em saúde realizado é gratificante, você ver que as coisas estão dando certo. Às vezes você pensa que é uma bobagem, uma bobagem típica, mas que faz muita diferença. A gente começou a perceber, por exemplo, que o dentista precisa do raio-x para determinadas coisas, então instalamos os aparelhos [...] que agiliza muito a vida dos profissionais (ICG).

Essa fala evidencia uma hierarquização do processo de trabalho, na qual a gestão se ocupa da infraestrutura, enquanto a assistência se organiza em torno da execução de procedimentos, mantendo uma fragmentação entre planejamento e prática. No estudo de Gondinho et al. (2018), realizado com 4 coordenadores municipais de saúde bucal, das macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, eles relatam que em relação às linhas de cuidado, essas precisam ser entendidas para

além de um mero fluxo que serve de instrumento gestor e favorece o estabelecimento de protocolos clínicos.

Ao mesmo tempo, as narrativas dos usuários permitem problematizar os efeitos concretos da fragilidade estrutural e da precarização no cotidiano da assistência. O desabastecimento de insumos e as falhas na manutenção dos equipamentos atuam como determinantes institucionais que rompem a linha de cuidado, fragmentam o vínculo e transferem a responsabilidade da resolução do problema para o próprio sujeito. Esse cenário de descontinuidade e a necessidade de recorrer ao setor privado por falta de insumos básicos na rede pública são evidenciados no relato de U02: “Aí, no caso, fez uma avaliação antes, aí viu a necessidade, o tratamento. Precisou de limpeza, porque a restauração eu fiz particular porque estava doendo e aqui no posto a Doutora disse que aquele material acabou” (U02).

Ademais, a desarticulação da rede impõe aos usuários uma barreira assistencial para a realização de procedimentos de baixa complexidade, o que tenciona a relação de confiança com o serviço, conforme ilustram os depoimentos a seguir: “As pessoas atendem bem, fazem o que precisa, mas é um quebrar de sala e não tem material todo dia. Voltei pra extrair 3 vezes. E isso fica ruim pra toda vez marcar” (U04); “O tratamento das meninas é bom, ruim é que direto quebra ou falta as coisas e aí demora demais pra gente poder fazer uma coisa de necessidade” (U07).

Nesse sentido, se para a gestão a infraestrutura aparece como recurso de apoio ao desempenho técnico, para os usuários ela se apresenta como condição decisiva que tanto possibilita quanto interrompe a continuidade do cuidado. A fala dos usuários, portanto, não apenas complementa a leitura sobre a estrutura, mas explicita que a precariedade material reconfigura o próprio sentido do trabalho em saúde, esvaziando sua potência resolutiva.

Em convergência com os relatos dos usuários, os achados de Oliveira et al. (2022) realizado com as Equipes de Saúde Bucal e a Coordenação de Saúde Bucal do município de Coreaú, Ceará, discute que diante da constante falta de materiais e insumos odontológicos são barreiras a serem superadas, motivo pelo qual impossibilita uma maior quantidade de tratamentos concluídos. Enquanto outros relataram que, mesmo diante de todas as dificuldades, conseguem ter respostas satisfatórias e finalizam uma quantidade significativa de tratamentos odontológicos.

As diferenças internas aos grupos também revelam aspectos importantes, de cunho estrutural que afetam o vínculo e explicita a precarização do trabalho como elemento estruturante:

Pra mim na conjuntura atual dizer que o trabalho em saúde no SUS é algo prazeroso, não é. É difícil, no meu caso, já estou na quarta unidade por conta dos contratos, então, não crio vínculo com a equipe e muito menos com os pacientes. É algo que me sinto preenchendo um espaço só (CD07).

Essa fala tensiona o discurso do cuidado ampliado, evidenciando que sua materialização depende de condições concretas de trabalho, como estabilidade e continuidade das equipes. Esse ponto encontra embasamento em Rodrigues e Bomfim (2010), que identificaram alta rotatividade, precarização das relações de trabalho, e descompasso entre o modelo preconizado e a prática cotidiana. A experiência dos usuários também aprofunda essa problematização, especialmente quando mostram que a rotatividade profissional não é apenas uma questão administrativa, mas uma lacuna sentida no plano do cuidado, como na fala seguinte:

Eu poderia dizer que a da parte da enfermeira não tem o que falar, mas deve ter sido pra mais de 4 dentista, tinha uma mesmo que se dava bem com todo mundo, pense, mas do dia pra noite disse que saiu pra um lugar aí... é ruim que todo dia tem uma pessoa e pega a sua ficha de onde parou, nem sabe os problema que tu tem e aí vai perguntar tudo de novo (U07).

A fala do usuário problematiza a rotatividade de profissionais, motivo que resulta na fragilidade de vínculos, repetição da história clínica e enfraquecimento da confiança, comprometendo a integralidade e a continuidade do cuidado. Desta maneira, o trabalho vivo em ato perde continuidade, e o cuidado ampliado tende a se converter em formulação ética sem sustentação organizacional.

As falas dos usuários complementam essa reflexão quando evidenciam que o trabalho da equipe é também compreendido pela forma como o serviço se organiza no território, a exemplo do relato a seguir:

Vou falar em geral da minha boca. É a falta só da marcação da dentista mesmo, entendeu? De ter mais oportunidade no mês para a gente marcar para resolver a questão bucal. Porque geralmente só marca tipo assim no mês, só marca para uma ou duas pessoas da casa. Aí só pode passar uma ou duas vezes no mês, entendeu? (U03).

Tal relato desloca a análise do plano estritamente da atuação do profissional que produz o cuidado, para a dimensão organizacional do cuidado, mostrando que, para o usuário, o processo de trabalho também se revela na gestão da agenda, na disponibilidade de vagas e na capacidade do serviço de produzir acesso regular.

Dessa forma, a organização das práticas não pode ser lida apenas a partir do que os profissionais dizem fazer, mas também pelos efeitos que sua organização produz na experiência do usuário.

5.2.2 Organização das práticas, planejamento das ESB, orientação dos Indicadores em Saúde bucal e Visitas Domiciliares

No que tange à organização das práticas e ao planejamento das ações em saúde, emergem nuances e divergências entre as narrativas dos participantes. Identifica-se, por um lado, um posicionamento alinhado à perspectiva do planejamento ascendente e da clínica compartilhada, orientados pela totalidade do sujeito e pela corresponsabilização do cuidado. Essa postura reflete-se na valorização do contexto social do usuário para a definição das condutas e na horizontalidade das relações de trabalho na equipe, conforme destaca CD01: “[...] entender de onde vem, como um todo [...] para planejar cada necessidade que possuem. Aí junto com a auxiliar definimos o melhor caminho”.

Esse movimento de pactuação e escuta qualificada estende-se tanto à pactuação de prioridades clínicas com o próprio usuário, traduzindo o planejamento para uma linguagem dialógica, como aponta CD04 ao “definir as prioridades [...] pra ver se ela entende o porquê algumas vezes não fazemos logo uma estética” (CD04). A potência dessa autonomia e do compartilhamento de saberes no cotidiano do serviço é ratificada no relato da técnica em saúde bucal: “A Doutora [X] me deixa muito confortável e participativa, tem momento que ela me questiona quais passos eu daria... meio que acho que é pra me testar... e aí eu opino sem medo” (TSB04). Esses depoimentos demonstram que, embora coexistam diferentes modelos de gestão do trabalho na rede, constroem-se cotidianamente espaços de orientação, e diálogo.

Contudo, os limites desse processo indicam que essa perspectiva ampliada não ocorre de maneira hegemônica no serviço. Nota-se que o planejamento e a organização das práticas frequentemente esbarram na insuficiência do acompanhamento longitudinal e na fragilidade do compartilhamento de informações sobre a sequência do cuidado. Emerge, portanto, uma marcante divergência caracterizada pela verticalidade das relações e pela centralidade decisória na figura do cirurgião-dentista, o que restringe o planejamento a um ato técnico e burocrático

de definição de procedimentos. Essa dinâmica de subordinação técnica e fragmentação das etapas de trabalho reflete-se nos relatos das auxiliares e da técnica: “A responsabilidade maior fica com a doutora, mas aí ela sempre me faz ver se as demandas estão seguindo um grau de prioridade, e aí depois senta com o paciente pra explicar e orientar” (ASB01); “A Doutora elabora e me entrega o plano e aí eu digito as etapas no sistema, de maneira que fique bem detalhadinho e possa entender quando o paciente vier fazer algo” (ASB02); “[...] o plano de tratamento eu só lanço no sistema, ela me passa as coisas que vamos fazer e no dia olha o procedimento” (TSB05).

Essa centralidade normativa reproduz-se na conduta dos próprios cirurgiões-dentistas, que tendem a limitar o plano de tratamento à identificação de agravos biológicos e ao agenciamento do fluxo de encaminhamentos. Sob essa ótica, o planejamento desvincula-se da ação estratégica territorial e assume um caráter estritamente clínico e regulatório, tensionado pelos vazios assistenciais da rede de média complexidade no município, como evidenciado a seguir: “É atender o paciente e fazer o plano de tratamento com base nas necessidades, é saber o certo,... se tem cárie, extrações, encaminhar para o Centro, ou se aqui já faz” (CD05); “Seria importante aqui ter mais atendimentos especializados, que o [que] não fazemos aqui do plano de tratamento, já encaminhava” (CD02).

Essa discussão é contemplada nos achados de Reis, Scherer e Carcereri (2015), quando relatam que a influência histórica do modelo de atenção individual, e a centralidade nos cirurgiões-dentistas, aparece sobretudo de maneira verticalizada, quando revelam a organização do trabalho dos demais, sinalizando o isolamento deles no contexto das equipes. Diante de tal problemática, cabe a gestão local ser potencializadora desse processo de integração e melhoria do trabalho coletivo.

A orientação do processo de trabalho e a administração dos indicadores em saúde bucal, são outro exemplo de problemas estruturais que permeiam da ausência de planejamento por parte da gestão e se apresenta como uma dificuldade para as ESB, visto que, percebe-se superficialidade no conhecimento sobre a gerência desses indicadores, o que reflete a ausência do planejamento em saúde, como citado pelo coordenador em:

Eles tem a produção deles, eles atendem, aí tem todos aqueles indicadores que até mudaram agora, os indicadores. Tipo, as gestantes, atividades de educação, restauração, menos extração (ICG).

Diante do relato do gestor, fica evidente o desconhecimento da Portaria GM/MS nº 6.907/2025 como diretriz norteadora. Este arcabouço normativo deveria fundamentar o monitoramento dos indicadores de saúde bucal não apenas como exigência fiscal, mas como dispositivo estratégico de gestão do cuidado, de reorientação do processo de trabalho e de sustentabilidade do financiamento da APS (BRASIL, 2025).

Os relatos dos profissionais da ESB no município revelam o distanciamento e a ausência de planejamento integrado à gestão dos indicadores de saúde bucal no cotidiano dos serviços. A execução das metas apresentam-se fragmentadas, reduzindo-se à reprodução de ações voltadas quase que exclusivamente a um ciclo restrito de indicadores, conforme ilustram as falas de CD01, ao relatar que “Em relação aos indicadores, né. Tem as gestantes e tal, são o principal indicador, aí tipo, tem umas metas. Pra ser bem sincera com você, o único indicador que eu sei é o da gestante” (CD01), e reforçado na fala de CD02 ao citar:

“A gente tem o sistema, e somos dependentes do sistema, já precisamos atender e atingir os indicadores, por exemplo, gestante. Em relação às gestantes, a gente faz os atendimentos junto com a enfermeira” (CD02).

Essa dinâmica evidencia que a lógica de indução financeira e o cumprimento de metas operam sob forte pressão burocrática, capturando o processo de trabalho através de uma organização predominantemente baseada na demanda espontânea, sem que haja uma real compreensão do papel epidemiológico do monitoramento. Esse cenário é reiterado pela auxiliar ao descrever a rotina de registros documentais, como na fala de ASB01:

A gente faz de acordo com a demanda. Temos que acompanhar as gestantes. E aí, junto com o pré natal da enfermagem, a gente também faz o acompanhamento. Aí eu registro as primeiras consultas, os tratamentos do dia, as extrações. Geralmente, é assim (ASB01).

Entre a maioria dos dentistas e TSB, essa compreensão é limitada, visto que, essa redução dos indicadores à gestante evidencia uma fragilidade na apropriação dos instrumentos de gestão, que não são utilizados como ferramentas de planejamento. Portanto, deve-se tomar como base, dois instrumentos de orientação e organização do cuidado. O Caderno 17 tem o objetivo de servir como referência para os serviços de saúde na organização do cuidado em saúde bucal na Atenção Básica, tomando a Atenção Básica como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS (BRASIL, 2008). E a Portaria GM/MS nº 6.907/2025 que

atualmente orientam a administração dos indicadores em saúde bucal para as equipes de saúde bucal, os procedimentos monitorados passaram a incluir (BRASIL, 2025):

- 1ª consulta odontológica programada na APS;
- Tratamento odontológico concluído na APS;
- Taxa de exodontias na APS;
- Escovação supervisionada na APS;
- Procedimentos odontológicos preventivos na APS;
- Tratamento restaurador atraumático na APS.

Diante disso, a administração desses indicadores em saúde bucal deve ser realizada com função estratégica da gestão da APS, articulando planejamento, organização do processo de trabalho, regularidade dos sistemas de informação, monitoramento contínuo e uso crítico dos resultados para reorientar o cuidado, motivo pelo qual, o trabalho das ESB necessitam urgente de reorientação das práticas de gestão.

Entretanto, apesar do limite observado, algumas falas se aproximam um pouco do estabelecido pela portaria:

Temos além do acompanhamento do pré natal com as gestantes, também tem os tratamentos concluídos que é muito difícil chegar pelos problemas que temos e aí Y (CD) ela registra os tratamentos preventivos, extrações, e quando há atividade em escola ou algo educativo, adiciona a escovação supervisionada também (TSB04).

Aí além de tentar sempre acolher as gestantes, precisa de primeiro atendimento, lança os atendimentos do dia a dia, as extrações e sempre que vai em escola, fazemos escovação, tratamento atraumático é difícil, por falta de conhecimento da prática e não tem uma equipe especializada pra ajudar (CD04).

Isso permite problematizar seus efeitos práticos no cotidiano, quando a organização do trabalho se orienta mais pelo cumprimento de metas a curto prazo do que pela leitura ampliada das necessidades, o cuidado tende a ser percebido como fragmentado, seletivo e mais voltado ao atendimento pontual do que ao acompanhamento longitudinal, e sem homogeneidade entre a ESB.

No nível da gestão, essa fragilidade se amplia, ao mostrar a compreensão limitada do processo, como demonstra o (ICG) ao afirmar que: “Eles (profissionais) pegam esses indicadores, e tem um digitador na unidade que normalmente fica a cargo dessa etapa” (ICG). A fala do Gestor, deixa em evidência a dissociação entre produção de dados e uso estratégico da informação. Nesse ponto se concretiza o

que aparece nas falas dos entrevistados que os limites na estrutura e na organização do serviço não apenas dificultam o alcance de indicadores, mas produzem descontinuidade do cuidado na vida das pessoas, prolongando e adiando a resolução das necessidades em saúde bucal.

Sobre as visitas domiciliares, compreendidas como uma estratégia de cuidado territorial que amplia o acesso, permite reconhecer necessidades de saúde no lugar de vida do usuário, especialmente junto a pessoas acamadas, com limitações de locomoção ou maior vulnerabilidade social. As narrativas dos profissionais demonstram que a visita domiciliar é reconhecida como uma ferramenta tecnológica assistencial indispensável, sobretudo para viabilizar o acesso de usuários em situações de severa restrição de mobilidade ou alta vulnerabilidade socioespacial. Contudo, a efetivação dessa prática não ocorre de forma sistemática ou planejada de maneira autônoma pela equipe de Saúde Bucal; ao contrário, sua execução apresenta-se substancialmente dependente da iniciativa e do acionamento por parte de outros trabalhadores da ESF, com centralidade no ACS.

Essa interdependência e a ausência de um cronograma territorializado próprio da Odontologia emergem claramente nos relatos a seguir: “A gente acompanha os médicos, a gente faz uma visita e a gente já faz toda aquela avaliação” (CD01) e na fala de CD03 “[...] toda quinta pela tarde tem visita domiciliar quando assim, os agentes de saúde solicitam” (CD03). Como também no seguinte relato: “[...] até agora não teve nenhuma demanda das Agentes de Saúde” (CD05).

Esses achados dialogam diretamente com Silva, Peres e Carcereri (2020), quando apontam que a atuação da ESB na atenção domiciliar frequentemente não se organiza a partir de planejamento próprio e sistemático, mas de modo parcial e reativo, o que limita sua consolidação como componente estruturante do processo de trabalho. Associado aos relatos, mostram, por um lado, a importância do ACS como elo com o território e conhecedor das famílias, o que é coerente com a ESF, no entanto, por outro lado, revelam uma inserção ainda dependente da saúde bucal nas ações domiciliares. Sobre essa compreensão, complementa-se nas falas das auxiliares e técnicas que: “os Agentes de Saúde passam pra gente a demanda e a gente sai pra fazer” (ASB01); “[...] na maioria quem facilita essa comunicação é o Agente de Saúde” (ASB02).

Nesse ponto, os achados deste estudo convergem com Silva et al. (2025), que relatam que o atendimento odontológico domiciliar costuma ser direcionado a

partir da identificação prévia de usuários pelos ACS, mostrando que a entrada da odontologia no domicílio ainda é, em muitos contextos, mediada por outros trabalhadores e não necessariamente conduzida por iniciativa própria da equipe de saúde bucal.

Ao mesmo tempo, outras falas evidenciam que, quando realizada, a visita domiciliar cumpre funções relevantes no cuidado, como assinalada em: “Normalmente, realizamos escovação supervisionada, com algum parente ou cuidador, e uma raspagem. As outras necessidades encaminhamos para o Centrinho, já que lá tem condições de realizar mais procedimentos” (ABS03).

Tais achados dialogam também com Almeida et al. (2025), ao mostrarem que a orientação de higiene bucal e a participação de familiares e cuidadores são dimensões fundamentais do cuidado domiciliar, ampliando o caráter preventivo e educativo da prática para além do ato técnico. Essa leitura associa-se com Araújo (2025), ao mostrar que a atuação odontológica no domicílio fortalece o vínculo, favorece a humanização e produz bem-estar físico e social.

Entretanto, o material empírico também permite problematizar os limites dessa prática. No presente campo de estudo, a visita domiciliar aparece, em vários depoimentos, menos como ação programada da ESB e mais como resposta eventual a uma demanda previamente reconhecida por outros profissionais. Assim, embora a visita exista, ela nem sempre se constitui como prática ativa de leitura do território, identificação de usuários prioritários e organização longitudinal do cuidado. Contudo, um contraponto importante é observado na fala de CD04: “Eu discuto com o Agente de Saúde, ele me passa a demanda e eu planejo com a técnica de que maneira vamos realizar. Acaba que a visita domiciliar não é algo multi, mas de certa forma envolve toda a equipe multidisciplinar” (CD04).

Em outras palavras, o problema não está na participação do ACS ou na articulação com outros profissionais, mas no grau de protagonismo que a equipe de saúde bucal assume nesse processo. Quando a odontologia apenas responde à demanda, sua inserção tende a permanecer subordinada, quando participa da construção da ação, a visita domiciliar se aproxima mais de uma prática territorial integrada e coerente com os princípios da Atenção Básica.

De forma geral, a categoria evidencia que o processo de trabalho em saúde bucal é atravessado por uma tensão permanente entre uma prática que ora se aproxima do cuidado ampliado, mas que possui centralidade fortemente ligada no

procedimento. Diante disso, é reconhecido o esforço, a paciência e a atenção dos profissionais, motivo pelo qual a crítica não se dirige apenas aos sujeitos do trabalho, mas às condições históricas e organizacionais em que ele se realiza. Assim, o cuidado ampliado aparece mais como um horizonte normativo e discursivo, enquanto a prática cotidiana permanece ancorada em um modelo tecnicista, fragmentado e hierarquizado, com implicações diretas para a integralidade, a resolutividade e a qualidade do cuidado ofertado.

5.3 (Re)produção do Cuidado em Saúde: afinal, de qual Acolhimento e Resolutividade estamos falando?

O cuidado em saúde, particularmente no âmbito da APS, não se restringe ao conjunto de procedimentos realizados sobre o corpo, tampouco pode ser compreendido como mera resposta técnica a uma demanda previamente delimitada. Trata-se de uma prática social, relacional, produzida no encontro entre trabalhadores e usuários, na qual se articulam dimensões técnicas, éticas, subjetivas e organizacionais.

Nessa direção, o cuidado supõe escuta, responsabilização, vínculo e capacidade de reconhecer necessidades que ultrapassam a queixa imediata, o que o inscreve no plano da integralidade. Essa compreensão dialoga com Ayres (2004), ao conceber o cuidado como prática ética orientada pelo reconhecimento dos projetos de vida, sofrimentos e expectativas dos sujeitos, e com Merhy e Franco (2003), para quem o trabalho em saúde se realiza por meio da articulação entre tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo estas últimas fundamentais para a produção do acolhimento, do vínculo e da responsabilização no cotidiano dos serviços.

No âmbito da saúde bucal, essa discussão adquire relevância em razão da persistência histórica de um modelo assistencial centrado na clínica curativista, no procedimento e na lógica da queixa-conduta. Ainda que a inserção das Equipes de Saúde Bucal na ESF e a expansão da PNSB seja uma alternativa oposta desse modelo, a literatura tem mostrado que tais mudanças normativas e institucionais não produziram, por si só, uma transformação horizontal do processo de trabalho.

Em um estudo qualitativo realizado no município de Coreaú, no Ceará, com Equipes de Saúde Bucal e Coordenação de Saúde Bucal, Oliveira et al. (2022)

evidenciaram justamente esse cenário de contradições, no qual coexistem práticas ainda marcadas pelo modelo curativista e movimentos incipientes de ampliação do cuidado. Essa leitura serve de base para situar os achados do município em um contexto regional mais amplo, no qual a produção do cuidado em saúde bucal se constitui como campo em disputa. Ao contrário, o que se observa é a coexistência da clínica com permanências do conservadorismo odontológico, da fragmentação do cuidado como objeto da intervenção profissional (Aquilante; Aciole, 2015; Leme et al., 2019; Oliveira et al., 2022).

É nesse horizonte que se insere a presente categoria, ao evidenciar como as relações entre acolhimento, vínculo, resolutividade e descontinuidade do cuidado emergem nas práticas das equipes de saúde bucal do município.

No que se refere à compreensão do cuidado, observa-se, entre a Equipe de Saúde Bucal predomínio em torno da centralidade no usuário e da valorização de dimensões relacionais da atenção. Essa perspectiva aparece de forma bastante nítida, como relatado por CD03: “[...] o cuidado é quando o paciente se sente confortável na cadeira, perde a vergonha, sente bem tratado, e passa a fazer parte da unidade, para além de um procedimento só no dente” (CD03). Essa reflexão também é visível no relato de CD01:

[...] o cuidado pra mim é o mesmo que acolher o paciente. Seria acolher o paciente como um todo, não olhar pro paciente só, sua boca e suas necessidades odontológicas, mas acolher, escutar o paciente, ouvir mais o paciente (CD01).

Essas falas são significativas porque revelam um deslocamento do cuidado para além do ato técnico, aproximando-o de uma prática marcada pela escuta, e pela disposição em acolher o usuário. De maneira convergente, as falas dos usuários dialogam com a fala de CD01, demonstrando que a percepção da qualidade do cuidado está vinculada ao modo como o sujeito é acolhido, escutado e acompanhado ao longo do tempo, como manifestada nos relatos a seguir: “Muito bacana, tipo assim, sempre que eu precisei, dizer tanto pra gente, resolver alguma coisa, ela me orienta, alguma coisa, me comunica. Ir lá, se estiver sentindo e aí a gente vai e entra em contato” (U02). Essa visão é complementada na fala de U05: “[...] Eu acho que elas cuidam bem, a atenção e a paciência fazem a diferença. Tipo, você se sentir bem é ótimo [...]. Aí tudo que preciso elas resolvem e me sinto bem acolhida aqui” (U05). No entanto, o tratamento individual não é suficiente para

garantia do cuidado, apesar dos usuários se mostrarem satisfeitos, a integralidade não é garantida.

Ademais, a humanização das práticas de saúde bucal e a introdução precoce de ações de caráter preventivo e promocional na infância revelam uma potência política e subjetiva diferenciada: a capacidade de ressignificar o imaginário social sobre a odontologia. Ao promover uma experiência de cuidado positiva e acolhedora, o serviço consegue romper com ciclos históricos de medo e mutilação, conforme expressa o depoimento de outra usuária: “É ótimo quando a gente se sente à vontade, tipo, ver meu filho de criança já sabendo escovar e não sofrer com dor igual a mim. Eu acho que ele nunca vai ser igual a mãe que antes tinha trauma de ir em dentista” (U07).

Do ponto de vista analítico, essas falas mostram que o cuidado, para os usuários, só adquire densidade quando ultrapassa a execução técnica e se traduz em vínculo, confiança, disponibilidade e comunicação acessível, além de associar o cuidado ao enfrentamento do medo e à construção de uma experiência distinta daquela vivida em sua própria trajetória.

Essa percepção encontra suporte em estudos que compreendem a clínica em saúde bucal como espaço relacional de produção de subjetividades. Graff e Toassi (2018), em estudo qualitativo realizado na APS com usuários e cirurgiões-dentistas, demonstram que o processo terapêutico não se reduz à técnica, pois é produzido no encontro e nos sentidos construídos entre os sujeitos. Na mesma linha, Pires et al. (2022), em pesquisa-intervenção desenvolvida em uma UBS de São Paulo com usuários, equipe e pesquisadores, evidenciam que a clínica em saúde bucal pode ser reconfigurada a partir da valorização do acolhimento, da escuta qualificada e do vínculo, produzindo percursos de cuidado mais centrados no usuário e orientados pela integralidade.

Entretanto, a análise do material empírico também revela contradições importantes, que indicam a persistência de uma racionalidade centrada no procedimento, quando alguns profissionais afirmam que: “[...] o cuidado em saúde bucal é... resolver aquele problema, ver o que tem pra restaurar, extrair se for o caso [...] e eles voltar pra casa satisfeito” (CD05). Esse pensamento é reforçado também na fala de CD07, ao expôr que: “Cuidado é quando a gente consegue atender aquela pessoa [...] ver se precisa de uma extração, vai lá e faz” (CD07). Essa percepção dialoga com o entendimento do coordenador sobre o cuidado em saúde

bucal, como dito em: “[...] vocês vão encontrar dificuldade de recurso [...] e vocês vão ter que superar isso” (ICG).

O cuidado aparece reduzido à resolução imediata da queixa, à intervenção clínica e à satisfação produzida pela resposta técnica imediata. No plano da gestão, essa tensão também se evidencia quando o ICG reconhece a centralidade do cuidado, mas o subordina às limitações do sistema, visto que, não apenas reconhece a precariedade como parte do cotidiano do serviço, mas também a insere como um dado a ser suportado e superado pelos trabalhadores, deslocando para o plano individual aquilo que deveria ser enfrentado como problema de gestão, organização da rede e responsabilidade institucional.

Esse conflito entre ampliação do cuidado e a permanência do conservadorismo encontra embasamento na literatura. Leme et al. (2019), em estudo qualitativo com cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, identificaram, por um lado, movimentos de inovação, como o reconhecimento do vínculo, da escuta e de práticas mais integradas à APS. Por outro lado, evidenciaram a persistência do predomínio de ações curativas, da centralidade no dente e forte influência da formação odontológica tradicional.

Nesse sentido, Oliveira et al. (2022), ao analisarem os processos de trabalho em saúde bucal em Coreaú, no Ceará, mostram que os desafios da integralidade e da reorganização do cuidado não decorrem somente das escolhas clínicas dos profissionais, mas das condições concretas em que o trabalho é produzido, incluindo limites organizacionais, fragilidade do apoio institucional e contradições na condução da gestão local. Assim, os achados do município sugerem que o cuidado em saúde bucal não é produzido apenas pela permanência de práticas procedimentais entre os trabalhadores, mas também por uma forma de condução gerencial que, ao reconhecer os limites sem enfrentá-los estruturalmente, pode contribuir para sua reprodução.

Diante disso, alguns usuários ajudam a problematizar essa relação, ao mostrarem que a resposta técnica à queixa, embora importante, não esgota a experiência do cuidado, como no pronunciamento de U03: “É...Agora tá começando uma dor de dente, eu espero que seja resolvida. Mas pela doutora, sim, ela resolve. Ela é uma boa dentista, uma profissional” (U03).

Os relatos indicam que a capacidade técnica é reconhecida e valorizada pelos usuários, mas também sugerem que a resolução pontual não equivale,

necessariamente, à continuidade do cuidado. Essa discussão dialoga com o estudo de Leal Júnior et al. (2021), que ao analisarem a integralidade em saúde bucal na APS concluem que o acesso às ações de saúde bucal ainda se organiza fortemente em torno das queixas imediatas, com predomínio de procedimentos curativos.

Essa perspectiva se aproxima da crítica de Cardoso, Assis e Santos (2022), quando relatam que o acolhimento e a continuidade do cuidado se enfraquecem quando não há sustentação sistêmica e integração efetiva da rede, e complementada nos achados de Rodrigues et al. (2010), em um estudo realizado em Feira de Santana-BA, ao evidenciarem que a integralidade sofre esvaziamentos quando a organização do serviço não incorpora o cuidado como eixo estruturante do processo de trabalho. Nesse sentido, ao refletir sobre a fala do gestor, percebe-se que retrata a forma como a gestão local compreende e, de certa forma, limita as possibilidades concretas de produção do cuidado.

Entretanto, algumas falas apontam caminhos para a qualificação do cuidado, sobretudo por meio da escuta e da corresponsabilização do usuário, como observado nos seguintes relatos de CD03 e ASB03: “[...] o diferencial no cuidado é sair um pouco da bolha [...] apenas escutamos, acredito que faz a diferença” (CD03); “[...] a gente tenta traçar o melhor tratamento, de maneira que ele veja que também faz parte do próprio atendimento” (ASB03).

No que diz respeito ao acolhimento e ao vínculo, alguns achados nas entrevistas revelam uma relação em torno da importância da escuta e da construção de relações longitudinais, como identificado na fala de CD01: “Acolher é receber e trocar [...] escutar [...] e depois vai criando um vínculo a cada dia” (CD01). Essa percepção é reforçada por CD05 em: “A gente acaba criando por causa dessas conversas [...] ouvir, ver como ele cuida da saúde própria” (CD05). Entre o grupo dos usuários, essa reflexão é compartilhada nas entrevistas dos usuários a seguir: “A atenção e a paciência fazem a diferença” (U05); “A equipe cuida muito bem, sempre fazem o possível para atender, só quando as coisas faltam né? A maneira como tratam a gente, atendem, nos recebem bem, cuidam né... isso faz a diferença” (U07).

Entretanto, na fala da usuária U01 mostra que o acolhimento é reconhecido não apenas como cordialidade, mas como possibilidade concreta de comunicação, orientação e abertura para o retorno, como afirmado a seguir:

Então, eu gostei das marcações, né, que eles são muito gente boa, assim, não tinha muita dificuldade. A consulta a gente já consegue agendar para o próximo mês. E o acompanhamento, né, se houver alguma mudança, a gente se comunica (U01).

Neste relato, a questão central é que a escuta só se sustenta como tecnologia do cuidado quando se converte em acompanhamento, acessibilidade e possibilidade de retorno ao serviço. Não se trata apenas de ouvir, mas de produzir condições para que o usuário permaneça em relação com a equipe. Essa percepção se aproxima do relato de experiência de Lima et al. (2019), desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família no contexto da Residência Multiprofissional, no qual a incorporação do acolhimento pela equipe de saúde bucal favorece maior acesso da população, fortalecimento da escuta qualificada, ampliação do vínculo e maior integração com a equipe da ESF.

Do ponto de vista conceitual, o acolhimento precisa ser compreendido para além da recepção, da triagem ou da organização da agenda. Trata-se de diretriz ética, relacional e organizativa do processo de trabalho, que implica escuta qualificada, reconhecimento das necessidades, responsabilização da equipe e construção de respostas possíveis no interior da unidade e da rede. Acolher, portanto, não significa apenas permitir a entrada do usuário no serviço, mas assumir compromisso com a condução do cuidado (Cardoso, Assis e Santos, 2022). Porém, quando dissociado destes elementos, tende a se reduzir a formulação moral ou a prática burocrática, perdendo sua potência transformadora.

Essa perspectiva aparece nas falas de algumas ASB, nas quais o acolhimento relatado é frequentemente associado a práticas administrativas e organizacionais, como afirmam que: “O acolhimento pra mim é isso [...] faço a ficha antes de passar para a dentista” (ASB01). Essa visão é somada no relato de ASB02, ao citar que: “[...] ficar na recepção [...] organizar horários [...] aferir pressão [...] e encaminhar” (ASB02).

Os enunciados evidenciam uma compreensão do acolhimento pela lógica procedimental e pela divisão técnica do trabalho, reforçando a hierarquização entre quem recebe, organiza ou encaminha e quem efetivamente cuida. Essa hierarquização não pode ser analisada apenas como efeito da divisão técnica do trabalho no interior da equipe, ela também precisa ser compreendida como expressão de um modo de gestão que, por vezes, mantém o acolhimento mais no campo discursivo do que como diretriz reorganizadora do trabalho.

Esses elementos contribuem para a manutenção de um acolhimento reduzido, fragmentado e dependente da boa vontade dos profissionais. Dessa maneira, dialogam com o estudo de Antunes, Assis e Santos (2022), ao mostrarem que a implantação do acolhimento em saúde bucal somente ganha potência transformadora quando articulada à aprendizagem coletiva, ao envolvimento da equipe multiprofissional e à reorganização do processo de trabalho, e não quando permanece restrita a uma prática localizada ou sustentada apenas pelo empenho individual dos trabalhadores. Como relatado por U03 em: “Depende muito viu, precisa é ser paciente, ouvir, responder adequadamente, não num tom de ignorância como já teve aqui. É basicamente isso” (U03).

Essa problemática é comprovada pela literatura, quando Carnut et al. (2017), em revisão narrativa sobre os desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal, argumentam que o acolhimento perde sua potência quando é reduzido à triagem, à recepção ou à organização burocrática da demanda.

Na mesma direção, Santos et al. (2022), em revisão integrativa, identificam o acolhimento como elemento central para a humanização da assistência odontológica, mas destacam que sua efetividade depende de escuta qualificada, comunicação adequada e fortalecimento das relações interpessoais. No contexto baiano, Antunes, Assis e Santos (2022), ao analisarem a implantação do acolhimento em saúde bucal em uma Unidade de Saúde da Família de Feira de Santana, mostraram que a estratégia favoreceu ampliação da escuta e maior participação da equipe, mas ocorreu de forma fragmentada, muitas vezes restrita à saúde bucal.

Isso emerge como um problema estrutural no contexto municipal, porque o acolhimento, para se efetivar como diretriz do SUS, depende não apenas de atitude profissional, mas de condições de trabalho, planejamento institucional, integração em equipe e suporte da gestão. Sem isso, sua potência tende a ser reduzida, e sua permanência no serviço passa a depender mais do esforço micropolítico dos trabalhadores do que de uma sustentação institucional efetiva.

Outro elemento relevante no tocante a produção do cuidado no âmbito da integralidade, se refere à resolutividade, as falas dos diferentes grupos abordam de forma expressiva ao apontar a descontinuidade do cuidado como resultado tanto de fatores estruturais quanto de dificuldades relacionadas ao seguimento do tratamento, quando afirmam que:

Não vejo nosso planejamento ser muito resolutivo, o que me deixa triste... é não poder restaurar, as vezes nem é urgência, mas um caso de restauração nem tanto profunda, mas que o paciente está sentindo dor, eu sei que poderia resolver a situação dele, mas sem cadeira, não tenho como (CD04).

Para seguir é bem difícil, primeiro por causa da nossa demanda e depois às vezes por falta de material. [...] Aí no caso, quando falta material ou quebra a cadeira, aí vou pra sala de espera para passar alguma orientação de higiene, ou então, explicar o que aconteceu, mas que normalmente, eles não aceitam ou ficam chateados com a gente (CD06).

Dizer que meu problema não foi atendido, é mentira. Só que poderia ser bem mais rápido, a falta de coisas afeta muito. Atrasa o tratamento, dificulta. Se as coisas andassem certinhas, sem quebrar ou faltar materiais, acredito que seria tudo bem melhor (U07).

Essas falas tornam visível, na experiência concreta, aquilo que os trabalhadores nomeiam como limite estrutural. A resolatividade, nesse caso, não depende apenas da capacidade técnica do profissional, mas do suporte material, organizacional e relacional do cuidado.

Tal formulação obscurece que a resolatividade é também um atributo organizacional e sistêmico do cuidado. Em uma perspectiva ampliada, Leal Júnior et al. (2021), enfatiza que ser resolutivo não significa apenas responder à demanda inicial, mas acolher, intervir, acompanhar, garantir continuidade do cuidado ao longo do tempo. Isso demonstra que a resolatividade, para além do atendimento pontual, precisa ser pensada como atributo vinculado à continuidade e à capacidade de produzir respostas integrais ao longo do tempo.

Em saúde bucal, isso supõe acesso oportuno, seguimento terapêutico, conclusão do tratamento e articulação com outros níveis de atenção quando necessário. Tal compreensão está presente no referencial e encontra suporte em Arrais, Roncalli e Rosendo (2021), ao indicarem fragilidades importantes na coordenação do cuidado em saúde bucal, e em Leal Júnior et al. (2021), ao evidenciarem a limitação da integralidade pela dificuldade de acesso, falhas na organização da demanda e descontinuidade do tratamento.

Entre as TSB, essa percepção é reiterada e ampliada pela dimensão do comportamento dos usuários, como em:

A gente tem dificuldade de conseguir na maioria, mas às vezes até o paciente também não ajuda, porque ele vem aqui só resolver algo que tá incomodando. Assim, tem muita evasão, eles somem, e a gente não consegue concluir. Tem esses casos, né? E a falta de material ou quando quebra algum equipamento que dificulta bastante (ASB01).

Os tratamentos de maneira geral finalizamos, mas se não faltasse material a gente adiantaria mais. Também existe muito caso de evasão de paciente,

paciente que vem só resolve uma coisa, vamos dizer, está com dor, aí veio, extraiu, restaurou e sumiu. A adesão é boa, mas resolveu o problema, ninguém mais ver (ASB02).

Essas falas revelam uma tensão entre responsabilização do usuário e limites do próprio serviço, como afirmado pela usuária U02: “Eu fiquei precisando voltar, e eu enrolei, né? Depois que ela resolveu o problema da gengiva. Falou, volte. E aí não voltei. Eu que não vou mentir” (U02). O enunciado é importante porque reconhece a participação do usuário na interrupção do tratamento, mas também sugere que a continuidade do cuidado depende de vínculo, seguimento e capacidade do serviço de sustentar a corresponsabilização sem recorrer à culpabilização unilateral. Desta maneira, a evasão não pode ser lida apenas como desinteresse do usuário, pois é também produzida pela qualidade da relação, pela organização do cuidado e pela possibilidade de acompanhamento longitudinal.

Além desses elementos, emergem ainda os limites da rede de atenção à saúde, com evidências de lacunas assistenciais e a demora na atenção especializada, como apontado por CD05 em: “o paciente [...] demora mais para concluir, ainda mais se precisar ir para o Centrinho” (CD05).

Então, tem paciente autista, por exemplo, que a doutora, ela tenta, ela dá o máximo, ela conversa, mas às vezes não consegue, e aí não atende e nem faz o que eles precisam. No Centro tem Odontopediatra, mas acho que é difícil ter vaga, ou conseguir resolver lá (ASB03).

Aí quando é um paciente, assim, que precisa de outras demandas, é bem raro finalizar, porque muitas vezes temos que mandar para o Centro, aí vamos fazer uma limpeza e tem canal ou prótese pra fazer, depois de seis meses e lá nem chamou ainda (TSB04).

As falas aprofundam que a descontinuidade se intensifica quando o cuidado depende de outros pontos da rede, como relatado por U05 e U08 a seguir: “[...] só achei ruim de precisar ir para o serviço do centro que é público, mas não resolveu lá, aí você precisar ir para o particular gastar o que não tem” (U05); “Já aqui as coisas que precisei tem mais de ano na fila do Centro e essa prótese não fiz ainda, mas esperar né, não tenho como ir no particular, se não, já teria resolvido...” (U08).

Esses achados convergem diretamente com Cardoso, Assis e Santos (2022), que, ao analisarem o acolhimento na ESF em município da Bahia e suas articulações com a rede, demonstram que, mesmo quando o acolhimento amplia o acesso e organiza a entrada, a persistência de dificuldades na comunicação e no encaminhamento entre níveis de atenção compromete a continuidade do cuidado.

Essa articulação entre atenção básica e atenção especializada como

necessidade recorrente aparece no estudo de Macêdo et al. (2018), que investigaram a percepção de cirurgiões-dentistas sobre o acesso e a resolubilidade do cuidado para pacientes com deficiência. Os autores observaram que, na percepção dos profissionais, esses usuários conseguem acessar os serviços odontológicos, porém, quando a atenção básica não consegue responder às demandas apresentadas, o encaminhamento ao CEO se torna a principal estratégia para continuidade do tratamento. Esse achado é contemplado na seguinte fala:

[...] por que tem a questão de encaminhar os pacientes com necessidades especiais. A gente não tem para onde encaminhar esses pacientes. E aqui na comunidade que a gente trabalha, tem muito paciente que necessita (ASB03).

Desse modo, no município se expressa, contradições que atravessam outros municípios baianos, reforçando que a fragilidade da resolutividade não é mero problema individual das equipes, mas resultado de condicionantes organizacionais, sistêmicos mais amplos, revelando os modos de condução da gestão local diante da escassez e da fragmentação da rede, a exemplo da ausência de um CEO, visto que, a população utiliza de um consultório odontológico localizado no Hospital Municipal para realização de atendimentos nas especialidades de Odontopediatria e Cirurgia Bucomaxilofacial para poder absorver as demandas referenciadas para a Atenção Secundária.

Outro fator é a necessidade de intervenção e reorientação diante do aspecto da incapacidade do serviço em preservar determinados problemas estruturais e organizacionais, como afirmado em:

Esse ponto (resolutividade) talvez seja a minha maior dificuldade. Vou te dizer. A minha maior dificuldade são duas. Uma, sensibilizar o nosso setor de compras. A odontologia é técnica. Se faltar ar, o compressor não tem. Se faltar energia, não tem. [...] O dentista, sem a cadeira, sem a energia, sem a água, sem o material, não faz, não caminha (ICG).

A presença da fala do gestor evidencia que tais limites não aparecem apenas no plano da execução do trabalho, mas também na forma como compreende e enuncia os problemas do serviço. Ao reconhecer a precariedade de recursos e, simultaneamente, deslocar para as equipes a tarefa de superá-la, a gestão contribui para naturalizar a escassez e para obscurecer sua dimensão político-institucional. Por fim, o contexto do município revela outra condição que descaracteriza o serviço, como um campo não propício à resolutividade do cuidado centrado no usuário, diante das fragilidades e barreiras relatadas por CD04 e U05 a seguir: “Quando um

ou outro pode pagar, até resolve, mas quando não, ou é aguardar a fila do Centrinho, a nossa quando aqui retornar, ou ir seguindo com medicação, infelizmente” (CD04). “[...] só achei ruim de precisar ir para o serviço do centro que é público, mas não resolveu lá, aí você precisar ir para o particular gastar o que não tem. Aí não é bom não, menino” (U05).

Os relatos de CD04 e U05 expõem fragilidades do serviço e divergem diretamente com a integralidade e equidade do SUS, pois desloca a continuidade do cuidado para a dependência econômica do usuário, motivo pelo qual, tornam esse problema ainda mais explícito, e que essa saída seletiva para a rede privada, transfere ao usuário o ônus da falha institucional.

Em síntese, os achados desta categoria indicam que, o cuidado em saúde bucal é compreendido como algo que pode ultrapassar o procedimento e se aproximar de uma prática centrada no usuário, na escuta e no vínculo, por meio de movimentos de ampliação do cuidado, percebidos tanto nas falas dos trabalhadores quanto na experiência dos usuários. Todavia, coexistem permanências do modelo curativista, com incompreensões sobre o acolhimento e com barreiras estruturais, organizacionais e políticas que limitam sua efetivação.

Com isso, o acolhimento, embora valorizado, nem sempre se realiza como diretriz organizadora do processo de trabalho, onde muitas vezes, permanece condicionado pela burocracia, pela triagem ou pela fragmentação das funções, ficando comprometida ou não acontecendo na prática do serviço. A resolutividade, por sua vez, aparece problematizada entre a resposta técnica imediata e a incapacidade de sustentar a continuidade, conclusão das necessidades do usuário e da articulação em rede.

5.4 Trabalho Interprofissional em Saúde Bucal: Da indefinição conceitual a fragilidade de práticas colaborativas

O trabalho interprofissional em saúde constitui um componente estratégico para a consolidação da integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, uma vez que pressupõe articulação entre diferentes núcleos profissionais, comunicação entre saberes, compartilhamento de responsabilidades e construção conjunta de respostas às necessidades dos usuários.

Nessa direção, Peduzzi e Agreli (2018), sustentam que o trabalho em equipe e a prática colaborativa podem qualificar o cuidado e ampliar o acesso, desde que não sejam reduzidos à mera coexistência de profissionais no mesmo serviço, mas se materializem em relações de interdependência, coordenação e complementaridade entre as ações. Peduzzi et al. (2020), afirmam que o trabalho em equipe se concretiza quando há articulação entre ações, reconhecimento da interdependência entre áreas e complementaridade entre saberes, o que permite diferenciar, conceitualmente, a simples justaposição multiprofissional de uma prática efetivamente interprofissional.

Sob essa perspectiva, a interprofissionalidade guarda relação direta com a produção do cuidado centrado no usuário, pois, essa reflexão é especialmente importante para a saúde bucal na ESF, espaço estruturalmente atravessado pela segmentação do cuidado e pelo isolamento do cirurgião-dentista, mas que, ao mesmo tempo, carrega forte potência para recomposição do processo de trabalho quando articulado aos demais profissionais da equipe.

Tal horizonte, contudo, não se efetiva automaticamente, exigindo mediações organizacionais, apoio da gestão e processos de EIP capazes de qualificar as equipes para aprender com, sobre e entre si, com vistas à prática colaborativa (Barr; Low, 2011; Souza; Alencar; Alencar, 2023). Essa perspectiva é relevante para a ESF e para a realidade do município, pois pode favorecer o reconhecimento mútuo entre profissionais, ampliar a leitura das necessidades dos usuários e reorientar processos de cuidado menos fragmentados e mais compartilhados.

Diante das análises, observa-se que há o predomínio de uma compreensão ainda difusa sobre o trabalho interprofissional, frequentemente associada à ideia de multidisciplinaridade, como na fala de CD01:

Eu diria que o mesmo que atendimento multidisciplinar, entendeu? Seria um trabalho que não envolve só a odontologia. Por exemplo, nossas reuniões, que envolvem a equipe e às vezes a psicóloga, o nutricionista, tudo que seja possível (CD01).

A fala acima evidencia uma aproximação conceitual limitada, na qual o trabalho interprofissional é reduzido à presença de diferentes profissionais, sem necessariamente implicar integração real dos saberes. Esse achado dialoga diretamente com a problematização de Peduzzi e Agreli (2018), ao indicarem que um dos obstáculos centrais à operacionalização da interprofissionalidade na APS é

justamente a imprecisão conceitual, que faz com que trabalho em equipe, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e prática colaborativa sejam tomados como equivalentes.

Nessa direção, Souza, Alencar e Alencar (2023), destacam que a Educação Interprofissional em Saúde se constitui precisamente como estratégia para superar o modelo uniprofissional e formar competências orientadas à colaboração, ao trabalho em equipe e à integralidade do cuidado. Assim, no contexto do município, a indefinição conceitual presente nas falas não deve ser lida como falha individual dos trabalhadores, mas como expressão de um serviço que ainda não se constitui, de modo sistemático, em espaços formativos e planejados para discutir o que significa, de fato, trabalhar interprofissionalmente.

Essa indefinição conceitual se articula diretamente com a ausência de práticas colaborativas estruturadas, conforme apontadas a seguir:

Geralmente fazemos reuniões mensais para discutir alguma demanda da Secretaria ou algo que a enfermeira tem para nos passar. A depender se o médico ou a enfermeira ver alguma demanda nos encaminha o paciente (ASB03).

Temos reunião de equipe todo mês, no final do mês. Fazemos como no PSE, fora do posto. Aí vai a médica, enfermeira, a gente vai nas escolas, nas creches. E aí, normalmente, quando tem essas reuniões, discute algum caso específico de um paciente, mais de um, ou discute outras coisas, né? Outras coisas a respeito da unidade (TSB04).

Essas falas sugerem que existem encontros e momentos de troca, mas estes parecem ocorrer de modo episódico, frequentemente centrados em demandas administrativas, encaminhamentos ou ações programáticas, sem evidenciar a existência de um arranjo estável de construção compartilhada do cuidado. O estudo de Silva, Nascimento e Melo (2021), realizado com cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares em saúde bucal de Recife, ajuda a discutir esse ponto ao mostrar que, embora exista integração com outros profissionais em ações comuns e no planejamento, persistem fragilidades na comunicação interprofissional, o que limita uma colaboração mais plena.

De modo semelhante, Pereira et al. (2022), em pesquisa qualitativa com profissionais da ESF e do NASF-AB em Londrina, identificaram que a atuação interprofissional da equipe de saúde bucal é reconhecida como relevante, mas segue atravessada por limitações relacionais e organizacionais, especialmente pelo

conhecimento ainda insuficiente, por parte dos demais profissionais, acerca do papel da saúde bucal no cuidado.

Neste ponto de discussão, emerge um cotidiano em que a prática colaborativa não aparece como diretriz estruturante do processo de trabalho, mas como eventualidade dependente da boa vontade individual, isto é, quando um profissional busca contribuir com seu conhecimento para com a outra profissão. Isso aproxima a realidade das ESB do município com os achados de Lima et al. (2024), em estudo qualitativo com trabalhadores da APS de um município baiano, no qual as práticas colaborativas e a interprofissionalidade foram reconhecidas como ferramentas capazes de reduzir ações fragmentadas e ampliar a resolutividade, mas permaneceram tensionadas pela insuficiência de qualificação e pela dificuldade de incorporação concreta ao cotidiano do serviço.

Nos achados de Godoi (2022) e Godoi et al. (2025), cujos estudos com cirurgiões-dentistas da ESF em município metropolitano do Nordeste mostram que, embora práticas interprofissionais estejam presentes em parte do processo de trabalho, sua consolidação encontra barreiras no isolamento profissional, na hierarquização das equipes, na fragilidade do apoio da gestão e na insuficiência da formação interprofissional. No caso do ICG, chama atenção que, mesmo ocupando lugar de coordenação, sua fala acione a noção de unidade “multidisciplinar”, e não interprofissional, indicando que a própria gestão possui imprecisão conceitual.

Assim, a fragilidade da interprofissionalidade nas equipes não pode ser atribuída apenas aos trabalhadores, mas precisa ser situada como expressão de uma baixa capacidade gestora de formular, organizar e sustentar essa reorientação no processo de trabalho. Diante dessa perspectiva, observa-se que mesmo quando há tentativas de definição ou prática colaborativa, estas se mantêm restritas a interações pontuais e pouco sistematizadas, associa a interprofissionalidade à relação interpessoal, como relatadas por CD02, CD04 e CD06:

A interprofissionalidade é quando a equipe se dá bem, quando por exemplo a médica chegava e trazia os pacientes. Ô, tem uma paciente que está precisando do seu atendimento. Então, ela vinha e às vezes a gente chegava e discutia o que poderia ser, por exemplo, uma lesão. Entendeu? (CD02).

Normalmente tira um dia específico pela tarde, vamos supor, aí fecha a unidade, fecha com todo mundo pra poder definir alguma atividade no calendário. Mas é difícil todo mundo, aqui mesmo ainda não tive esse contato com o médico (CD04).

Olha, sobre trabalho interprofissional eu não sei, aqui nunca ouvi falar, mas nós como equipe temos as reuniões mensais e aí quando tem algum caso sério ou de um paciente que está numa situação muito grave, aí tentamos ver como encaminhar ele, ou se o NASF pode realizar algum atendimento por lá (CD06).

Essas falas são muito eloquentes porque revelam que a colaboração, quando existe, se ancora menos em uma lógica institucionalizada de integração da equipe e mais em relações interpessoais, afinidades, disponibilidades ocasionais ou gravidade do caso. Peduzzi et al. (2020), em seus achados ajudam a interpretar esse cenário ao diferenciarem equipe-agrupamento e equipe-integração, onde no primeiro caso, há coexistência de profissionais com baixa articulação entre ações; no segundo, há comunicação, projeto assistencial compartilhado e reconhecimento de interdependência.

Isso é reforçado por Prado et al. (2023), em estudo qualitativo com profissionais de três equipes da ESF em dois municípios, ao mostrarem que a comunicação interprofissional é competência central para o trabalho colaborativo, mas que sua efetivação ainda é parcial, assim como também permanece limitada a participação do usuário na construção do plano de cuidado. Em outras palavras, não basta “se dar bem” ou conversar eventualmente sobre um caso, interprofissionalidade implica mediações mais densas, incluindo comunicação, e compartilhamento de decisões e projeto comum de cuidado.

Alguns relatos apontam experiências que se aproximam de uma prática interprofissional, ainda que de forma incipiente, como descrito pelos cirurgiões-dentistas:

E aí, planejamos separados por área e vamos atender para depois discutirmos juntos. Tenho um caso de periodontite severa e aí estou trabalhando com o médico para solicitar alguns exames para mim para eu poder trabalhar com a segurança melhor questão de coagulação. E ele conseguir controlar a diabetes do paciente. Aí depois dos exames vamos sentar para melhorar a condição desse paciente (CD03).

Então, quando tem um paciente assim, a gente até discute. Mas no quesito de parar e fazer uma reunião, não. Isso é algo que faz falta, pois o médico pode ter vários casos interessantes, mas que não faço ideia se existem ou não (CD05).

Esses fragmentos mostram que há, no cotidiano, brechas de colaboração que podem ser lidas como potência do serviço, evidenciando uma articulação clínica compartilhada em torno de um caso complexo, especialmente quando os profissionais reconhecem que determinados casos exigem articulação entre saúde

bucal e condições sistêmicas, como no manejo compartilhado entre periodontite e diabetes. Esse tipo de experiência encontra suporte no estudo de Alves et al. (2021), realizado com 39 profissionais graduados da Atenção Básica de Icó, Ceará, no qual as ações interprofissionais em saúde bucal favoreceram a discussão de casos por diferentes áreas e ampliaram as possibilidades de cuidado, embora persistisse limites relacionados à formação tradicional e fragmentada.

Araújo et al. (2018), em seu relato de experiência desenvolvido a partir da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFRN, no qual a colaboração entre diferentes profissões nas consultas de crescimento e desenvolvimento fortaleceu a integralidade do cuidado infantil e ampliou a inserção da odontologia no acompanhamento das crianças. Embora se trate de um contexto diferente e com presença de residência, o estudo evidencia que, quando há intencionalidade organizativa, a saúde bucal deixa de operar isoladamente e passa a compor, de fato, o cuidado ampliado. No campo de estudo, as falas de CD03 e CD05 sugerem que essa potência existe, mas permanece dependente de casos complexos ou da iniciativa individual, ou de práticas pontuais.

Por outro lado, emergem elementos estruturais que tensionam a efetivação da interprofissionalidade, especialmente na articulação com a rede de atenção, como apontado por CD03 e CD07:

E aí a gente pede, então a gente tem esse trabalho assim de equipe. Eu também, quando eu vejo que necessita, né? Alguns pacientes precisam de um psicólogo e assistência social, tentamos contato com a equipe emulti, mas essa articulação é difícil, já que para ter uma agenda que case com eles, quase sempre não dá (CD03).

Eu mesmo sinto falta da ligação com uma equipe do NASF que agora é eMulti, né? Quando eles juntam com a gente, ajuda bastante. Com toda esse jogo político, é bem difícil, integrar a equipe e fazer projetos em comum com toda a equipe. E te dizer, tem muitos casos assim, que se trabalhássemos juntos, iríamos contribuir bastante para melhorar a vida de muitas pessoas (CD07).

Aqui se evidencia nitidamente os efeitos que as barreiras estruturais podem ocasionar na produção do cuidado para os usuários do serviço (CD03). Bem como, uma distinção importante entre saber o que é interprofissionalidade e conseguir efetivá-la no cotidiano real do serviço. A fala de CD07 mostra que a apropriação conceitual, inclusive favorecida por trajetórias formativas, a exemplo do mestrado, não basta quando persistem entraves organizacionais, interferências políticas e ausência de dispositivos que sustentem a articulação em rede.

Esse retrato se aproxima dos achados de Hung et al. (2025), em revisão de escopo sobre integração da Odontologia ao cuidado interprofissional, que identificou como barreiras recorrentes as falhas de comunicação, a ambiguidade de papéis profissionais, a insuficiência de formação interprofissional e limitações organizacionais que dificultam coordenação do cuidado.

Com este estudo, converge os achados de Barros, Spadacio e Costa (2018), que, ao analisarem o trabalho interprofissional na APS, identificaram sobrecarga, conflitos com outras atividades da equipe e baixa legitimidade institucional de determinadas práticas como desafios à integração efetiva dos profissionais. No município, a dificuldade de agendas com a eMulti e a referência ao viés político mostram que a interprofissionalidade não fracassa apenas por desconhecimento conceitual, mas porque depende de uma consistência institucional favorável.

Nesse ponto, a EIP precisa ser retomada não apenas como uma ideia abstrata, mas como estratégia concreta de qualificação do trabalho na ESF. Souza, Alencar e Alencar (2023), reforçam que a EIP dialoga diretamente com os princípios do SUS, especialmente integralidade, trabalho em equipe e articulação entre saberes, constituindo caminho para enfrentar a fragmentação da atenção.

Em termos empíricos, Soares et al. (2024), ao refletirem sobre a experiência de preceptores de Residência Multiprofissional em uma UBSF do Sudeste, mostraram que vivências interprofissionais promoveram crescimento profissional e transformações no serviço. Enquanto, Santos et al. (2021), em relato vinculado ao PET-Saúde Interprofissionalidade, também evidenciaram que ações educativas interprofissionais em saúde bucal ampliam conhecimentos e favorecem práticas integradas de promoção e prevenção.

Essas dinâmicas são relevantes para o contexto do município porque mostram que a interprofissionalidade pode ser sustentada quando o serviço se organiza como espaço de formação em ato. Em outras palavras, as fragilidades observadas nas equipes podem ser enfrentadas por meio de educação permanente com orientação interprofissional, discussão compartilhada de casos, planejamento, aproximação entre saúde bucal e demais núcleos da ESF.

Ao se tratar de barreiras organizacionais e institucionais, as mesmas podem esvaziar o potencial do trabalho interprofissional na APS (Barros, Spadacio e Costa, 2018). Também se relaciona com Godoi et al. (2025), ao evidenciarem que a

fragilidade do apoio da gestão figura entre os obstáculos à consolidação de práticas colaborativas entre cirurgiões-dentistas da ESF.

De forma geral, o trabalho interprofissional no contexto do município, embora reconhecido como importante, não se configura como prática estruturante no cotidiano das equipes, com predomínio de uma compreensão conceitual limitada, frequentemente associada à multidisciplinaridade, e práticas fragmentadas, baseadas em encaminhamentos e interações pontuais. Assim, a interprofissionalidade aparece mais como um ideal normativo do que como uma realidade concreta. No presente estudo, portanto, o trabalho interprofissional se dá de forma parcial, descontínua e pouco sistematizada.

5.5 Educação Permanente em Saúde: Vazios na formação e qualificação profissional

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui uma estratégia político-pedagógica do Sistema Único de Saúde orientada pela problematização do cotidiano do trabalho, pela análise crítica das práticas e pela construção coletiva de novos modos de cuidar, gerir e aprender nos serviços. Diferentemente de uma lógica centrada apenas em treinamentos, cursos ou atualização técnica desvinculada do contexto real, a EPS toma o trabalho como espaço de aprendizagem e transformação, articulando necessidades do serviço, sujeitos implicados e produção do cuidado.

Nessa direção, Carvalho, Merhy e Sousa (2019), sustentam que a EPS ganha potência quando se organiza a partir dos encontros, dos incômodos e das experiências produzidas no cotidiano do SUS, valorizando o saber da experiência e a problematização do trabalho vivo em ato.

Em termos normativos, a PNEPS inscreve essa perspectiva como estratégia para qualificar o trabalho, fortalecer a gestão, ampliar a resolutividade e induzir mudanças nas práticas profissionais e institucionais, não apenas por meio da transmissão de conteúdos, mas pela criação de espaços coletivos de reflexão e intervenção sobre os problemas concretos do serviço (BRASIL, 2018).

Nessa mesma direção, Silva et al. (2017), mostram que gestores municipais reconhecem a EPS como ferramenta relevante para reorganizar o processo de trabalho e qualificar a atenção básica, embora sua efetivação permaneça

atravessada por dificuldades conceituais e operacionais. Para a ESF, essa concepção é particularmente importante porque permite deslocar o foco de ações fragmentadas e prescritivas para processos formativos comprometidos com o cuidado centrado no usuário, com a integralidade e com a análise coletiva das necessidades do território.

No contexto do município, essa discussão se torna ainda mais relevante, uma vez que a EPS poderia operar como dispositivo de fortalecimento das equipes, qualificação do cuidado em saúde bucal, aproximação entre gestão, serviço e ensino, e construção de respostas mais compartilhadas para os impasses do cotidiano.

No plano das análises, observa-se que diferentes sujeitos cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e gestão compartilham uma compreensão restrita da Educação Permanente, frequentemente associando-a a ações educativas tradicionais, como palestras, campanhas e atividades do Programa Saúde na Escola (PSE). Essa perspectiva aparece nas falas de CD01 e CD02 a seguir:

Acho que nada mais é do que seguir fazendo as atividades de educação em saúde. Por exemplo, as salas de espera, as atividades do PSE, ir nas escolas levar os kit de higiene para as crianças. Alguma ação educativa no bairro, a comunidade necessita de alguma campanha, tipo hiperdia (CD01).

A educação permanente era pra ser mais ativa, já que acontece quando temos mais atividades de educação, então só fazemos sala de espera e o PSE. Tem que trazer mais atividades principalmente em conjunto com a saúde. Né, trazer palestras. Já tem, tem alguns eventos, mas eu acho que é necessário trazer mais. Não vou mentir porque a única coisa que temos de educação permanente é o PSE, quando vamos e fazemos as atividades com as crianças (CD02).

As falas evidenciam a confusão entre educação permanente e educação em saúde e uma limitação reforçada ao reconhecer a insuficiência das práticas existentes, fato que demonstra uma percepção de lacuna, mas ainda ancorada em uma lógica tradicional.

Os achados, portanto, mostram que a EPS aparece esvaziada de seu conteúdo político-pedagógico e confundida com ações de educação em saúde dirigidas à população, o que reduz sua potência como estratégia de transformação do trabalho, e sua redução a ações pontuais e desarticuladas do processo de trabalho. Essa discussão dialoga com Silva et al. (2017), em estudo com gestores municipais da atenção básica no Rio Grande do Sul, ao mostrarem que a EPS ainda

é frequentemente misturada à noção de educação continuada, o que limita sua implementação como processo crítico-reflexivo vinculado ao cotidiano dos serviços.

Mesmo quando no contexto investigado aparecem experiências formativas, estas não se articulam ao processo de trabalho de forma crítica, como apontada em:

De educação fazemos essas capacitações e são legais, como a capacitação que teve aqui sobre sífilis, que a UEFS trouxe da última vez. É bom essas capacitações pra gente ter ideia, porque são coisas do nosso dia a dia, né? (CD03).

Deste modo revela-se uma lógica de capacitação pontual e externa, bem como o desconhecimento da política, evidenciando a ausência de clareza conceitual sobre o que constitui a EPS. Aqui se coloca um ponto de reflexão importante, no sentido dos profissionais não indicarem ausência completa de experiências educativas, mas mostrarem que elas tendem a ser vividas sob a forma de capacitações esporádicas, atualizações temáticas ou ações voltadas aos usuários, sem que sejam apropriadas como parte de um movimento que com frequência analise o trabalho e reinvenção das práticas.

Carvalho, Merhy e Sousa (2019), ajudam a debater esse ponto ao afirmarem que a EPS deve ser pensada menos como transmissão de conteúdos e mais como produção de aprendizagem, centrada no encontro, na experiência e na problematização do cotidiano do SUS. Nessa mesma linha, Feuerwerker et al. (2016) argumentam que processos coletivos de análise compartilhada podem operar como dispositivo de educação permanente quando trabalhadores, gestores e pesquisadores passam a refletir juntos sobre seus incômodos, limites e potências, produzindo novas visibilidades sobre o cuidado.

No contexto do município a fala de (CD03) sugere que a aproximação ensino-serviço, embora existente em momentos como a capacitação trazida pela UEFS, ainda opera de forma desconectada e pouco incorporada ao cotidiano da equipe. Ou seja, a presença da academia aparece como oferta de conteúdo, mas ainda não se converte, em parceria para reflexão sobre o processo de trabalho, construção compartilhada de estratégias e fortalecimento do serviço.

Nessa perspectiva, entre os TSB, essa compreensão também se mantém, reforçando a homogeneidade entre os diferentes níveis da hierarquia do trabalho, a exemplo do relato de ASB01: “Eu acho que educação permanente, se for as atividades aqui e PSE, diretamente não. Mas sempre existem alguns cursos,

campanhas, algumas coisas, né?” (ASB01). Complementado por ASB03 em: “De educação aqui fazemos sala de espera e às vezes atividades na Escola quando solicitam. Mas no geral ficamos na sala para agilizar as demandas dos atendimentos” (ASB03). Motivo que reforça nas falas, a indefinição conceitual e por vezes associar atividades pontuais ao fazer EPS, como explícito na fala de ASB02:

Sim, sempre temos reuniões em associações, creches, escolas, a gente se encontra nesses momentos. Afinal, educação é isso. Que aí estão dentro das atividades de educação e saúde, né? Tipo o PSE, tipo assim, em relação as visitas às escolas (ASB02).

Diante das falas, revela-se que as ações não se estruturam no cotidiano do trabalho, o que revela a subordinação da educação à lógica assistencial. Os relatos dos técnicos são especialmente importantes porque mostram que a confusão conceitual sobre EPS não se restringe a um grupo profissional específico, mas atravessa toda a organização do trabalho. Além disso, revelam que as ações educativas existentes permanecem subordinadas à rotina produtivista dos atendimentos, ocupando um lugar utilizado quando sobra tempo ou quando há solicitação externa.

Esses aspectos dialogam com estudos de Emmi, Lima e Miranda (2021), que, ao analisarem cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal da Região Norte com base no PMAQ-AB, mostraram que a participação em ações de educação permanente coexistem com vínculos precários e baixa estabilidade no serviço, fatores que repercutem na continuidade das práticas e na consolidação de processos formativos permanentes.

De acordo com os relatos da ESB, embora o foco das falas esteja mais na organização do cotidiano do que no vínculo empregatício, cabe discutir que a urgência da assistência e a centralidade no procedimento dentro do consultório odontológico comprimem o espaço da formação no trabalho, fazendo com que a educação deixe de operar como eixo estruturante do cuidado e passe a funcionar como atividade acessória ou complementar.

No âmbito da gestão, essa lógica é reproduzida e institucionalizada, como demonstra o ICG ao afirmar:

As dentistas que trabalham no Centro de especialidades. Às vezes eu pego ela e peço, óh... vou reunir os dentistas que trabalham nas Unidades, você vai dar uma aula sobre urgência e emergência, medicação para remover a dor do paciente, o buco maxilo, vamos lá, tratamento e medicação em pacientes com abscesso, alveolite, celulite (ICG).

Essa percepção evidencia uma concepção tradicional de educação, centrada na transmissão de conhecimento técnico, distante da perspectiva problematizadora da EPS. A fala do gestor é particularmente reveladora porque mostra que a educação é pensada como uma aula, isto é, como repasse de conteúdo especializado, ministrado por alguém que supostamente detém o conhecimento específico de uma especialidade odontológica, ou temática, para um grupo que precisa ser instruído. Ainda que tais momentos possam ter utilidade pontual, eles não dão conta, por si, do sentido político da EPS como estratégia de transformação do processo de trabalho.

Nessa direção, Araújo, Nascimento e Araújo (2022), em pesquisa qualitativa com trabalhadores e gestores, demonstram que a EPS pode qualificar o processo de trabalho e ampliar a resolutividade quando se constitui como ferramenta para planejamento, execução e avaliação das ações da equipe. O que a fala do ICG revela é a permanência de um modelo centrado em atualização técnica, sem menção à análise coletiva de problemas do território, à construção compartilhada de fluxos ou ao envolvimento dos trabalhadores na definição das necessidades formativas.

Essa racionalidade também pode ser lida nos achados de Bastos et al. (2017), que problematizam a persistência de uma formação odontológica tecnicista e fragmentada, pouco sensível à integralidade e ao cuidado centrado no usuário. Quando tal lógica se prolonga na gestão do trabalho, a educação tende a ser reduzida à correção técnica de condutas e não à produção coletiva de novos modos de cuidar.

Entretanto, ao analisar as divergências de alguns profissionais dentro do contexto de estudo, evidencia-se que parte dos profissionais reconhece a ausência da Educação Permanente como política estruturada, apontando para uma negligência institucional, problematizada nos relatos de CD04, CD05 e CD07

Ter esse contato e fazer educação permanente não é fácil, o trabalho é desestimulante, mas temos que querer continuar. É quando eu saio da sala e sou da equipe de saúde. Mas aqui não temos esse incentivo, por conta das demandas e falta de estímulo, a equipe faz cada um o seu (CD04).

Aqui no município não existe muito, nem na Secretaria, pelo menos nunca acho que saiu do papel essa iniciativa. Porém, a gente faz no posto com o que temos. E outra coisa que eu queria falar também é que a gente também faz ação em creche (CD05).

A educação permanente pra equipe de saúde aqui nunca ouvi falar. Se eu fui em um ou dois encontros ano passado, foi muito. Sei que esses momentos são importantes, a gente pensar na prática, capacitações profissionais e inovar como equipe de saúde (CD07).

Os relatos mostram que, ao lado da indefinição conceitual, há também a percepção clara de que a EPS não foi incorporada como diretriz formativa, revelando a fragmentação do trabalho e a ausência de espaços coletivos, indicando que as ações existentes são pontuais e não institucionalizadas.

De acordo com os profissionais, o reconhecimento da importância da EPS aparece, mas por motivos estruturais e negligência da gestão, encontra-se acompanhada da constatação de que ela “não sai do papel”, não se mantém de forma contínua e não é planejada para ser inserida na organização do trabalho das ESB. Esse achado converge com Silva e Scherer (2020), que identificam, na visão de atores envolvidos com a construção da política, obstáculos como descontinuidade institucional, fragilidade de monitoramento e necessidade de recolocar a EPS como prioridade na agenda da gestão.

Também dialogam com essa discussão, Kamikawa, Uchida e Fujimaki (2022), ao mostrarem, na análise da implementação da educação permanente em saúde bucal no Paraná, a necessidade de conhecimentos e modelos gerenciais capazes de sustentar ações fundamentais à qualificação da gestão e da atenção. No campo de estudo, as falas sugerem que a dificuldade não é apenas realizar mais capacitações, mas dar fundamentação política e organizacional para que a EPS exista como processo contínuo, ligado às necessidades reais das equipes.

Essa leitura se complementa quando articulada à fala da gestão, que reconhece explicitamente a fragilidade institucional da política, quando afirma que: “O núcleo de educação permanente não avançou. A gente está na parte burocrática. O que a gente tem feito? Em saúde bucal” (ICG).

Essa situação impacta diretamente na motivação dos profissionais, pois evidencia que a não efetivação da EPS não é apenas uma questão de compreensão dos trabalhadores, mas de ausência de direcionalidade política, bem como demonstram que a precarização do trabalho e a ausência de incentivo institucional enfraquecem a participação dos profissionais em processos formativos.

Nesse sentido, se o próprio informante da gestão admite que o núcleo de educação permanente “não avançou” e permanece em fase burocrática, fica evidente uma fragilidade de condução política que repercute sobre o cotidiano das

equipes. O problema, portanto, não reside apenas na adesão ou interesse dos trabalhadores, mas no fato de que a gestão não parece ter produzido dispositivos, planejamentos, ou pactuações que traduzam a política em ação concreta.

Esses achados encontram forte ressonância em Silva et al. (2017), que mostram que gestores reconhecem a relevância da EPS, mas enfrentam dificuldades de gestão e organização para viabilizá-la no cotidiano municipal. Gondinho et al. (2018), em seu estudo com coordenadores de saúde bucal no Piauí, foram relatadas barreiras como inadequação da organização dos serviços às necessidades territoriais, fragilidade estrutural e insuficiência de recursos humanos. Estes achados ajudam a refletir que políticas e estratégias só se consolidam quando existe coordenação efetiva, estruturação do serviço e leitura constante do território. No caso do município, a fala do ICG sugere que a EPS ainda não foi assumida como ferramenta de gestão do trabalho e do cuidado, o que limita sua capacidade de induzir mudanças reais no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Ao mesmo tempo, algumas passagens permitem olhar potências ainda não exploradas, em relação a valorização da capacitação trazida pela (UEFS) sobre sífilis, e quando se reconhece a importância de pensar na prática, capacitações profissionais e inovar como equipe de saúde (CD07). Deste modo, aparece uma abertura para experiências formativas que partam de problemas concretos do cotidiano.

Esse ponto é importante porque mostra que, mesmo em contexto de fragilidade institucional, há disposição dos trabalhadores para processos que façam sentido para a prática e para as demandas reais do território. Nessa direção, Cruz, Santos e Araújo (2022), mostram que a EPS pode qualificar práticas como o acolhimento na ESF ao favorecer conhecimentos e habilidades voltados à escuta qualificada e à aproximação entre profissionais e usuários. Araújo, Mélo e Araújo (2018), por sua vez, ao analisarem práticas educativas com agentes comunitários de saúde em uma USF baiana, identificaram elementos próximos da EPS, especialmente na valorização do diálogo e da participação, ainda que tais experiências permaneçam em construção, motivo este, que tornam os ACS grandes aliados no processo de trabalho e multiplicadores do cuidado.

Já Terreri et al. (2018), em estudo com cirurgiões-dentistas de Cascavel-PR, evidenciaram pouca articulação na capacitação dos ACS para ações de saúde

bucal, reforçando a necessidade de programas de educação permanente capazes de ampliar conhecimentos e qualificar a vigilância em saúde bucal.

No contexto do estudo, esses achados ajudam a pensar propostas concretas para a gestão, por exemplo, rodas periódicas de análise do trabalho com participação das equipes, discussão de casos relacionados ao cuidado em saúde bucal e outras condições de saúde para trabalhar de maneira interprofissional, integração mais sistemática entre atenção básica, gestão e instituições formadoras como Instituições Públicas de Ensino, a exemplo da UEFS, inclusão dos ACS e TSB em processos de aprendizagem compartilhada com a Equipe de Saúde e a ESB, e uso de problemas do serviço para utilizar como elementos da formação. Com isso, a EPS deixaria de ser confundida com campanhas ou palestras e passaria a funcionar como estratégia de reorganização do processo de trabalho.

Essa perspectiva também permite recolocar a aproximação entre academia, serviço e ensino como uma potência relevante para o cenário e estudo. A literatura mostra que a interface ensino-serviço-comunidade pode favorecer processos formativos mais coerentes com o SUS e com a clínica ampliada. Bastos et al. (2017), defendem que a aproximação entre graduação em Odontologia e Atenção Primária favoreceu uma formação mais alinhada à integralidade, ao vínculo e ao cuidado centrado no usuário.

De forma geral, a análise evidencia que a EPS, encontra-se esvaziada de seu potencial transformador, sendo reduzida a práticas educativas fragmentadas e desarticuladas do processo de trabalho. Há entre os profissionais uma compreensão limitada, frequentemente confundida com educação em saúde, palestras, campanhas e atividades do PSE. Além disso, revela uma fragilidade como política pública e sua baixa institucionalização no âmbito municipal. Assim, a EPS deixa de cumprir seu papel de estratégia crítico-reflexiva e passa a operar como prática pontual, subordinada às demandas assistenciais e à ausência de investimento político-institucional.

Ainda assim, o cenário em estudo aponta que existe reconhecimento, por parte de alguns trabalhadores, de que momentos de reflexão sobre a prática são importantes, que experiências de aproximação com a universidade emergem, que a equipe precisa de mais estímulo, mais integração e mais espaços coletivos para pensar o trabalho. No município, portanto, a EPS se dá de forma incipiente, descontínua e conceitualmente imprecisa, mas não completamente inexistente,

motivo que pode ser fortalecido pela gestão por meio de planejamento participativo, e boa vontade política.

5.6 Produto técnico

Como produto técnico da pesquisa, foi realizada uma oficina com os membros das Equipes de Saúde Bucal de um município de médio porte do Território do Sisal da Bahia, com o objetivo de apresentar os resultados produzidos pela pesquisa, a fim de ampliar o entendimento sobre o processo de trabalho em saúde bucal realizado no município, sua organização estrutural e seus impactos na produção do cuidado.

Para tal, foi utilizado o seguinte roteiro:

ROTEIRO PARA A OFICINA CUIDAR ALÉM DO PROCEDIMENTO: PROCESSO DE TRABALHO E PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL.

1 - Apresentação e contextualização: Introdução do tema e engajamento com os participantes:

- Apresentação pessoal e da pesquisa;
- Levantamento dos conhecimentos prévios sobre processo de trabalho e produção do cuidado;
- Breve apresentação sobre processo de trabalho em saúde, tecnologias do cuidado, objeto do trabalho em saúde, acolhimento, vínculo, resolutividade, trabalho interprofissional e educação permanente em saúde.

2 - Estímulo à reflexão e discussão do trabalho em saúde:

- Para problematizar 1: Na sua prática de trabalho em saúde cotidiana realizada em sua Unidade de Saúde, há o predomínio de um trabalho focado nas tecnologias relacionais ou no trabalho morto?
- Dinâmica 1: Nuvem de palavras: Cite três palavras que melhor representam, para você, o processo de trabalho e o cuidado em saúde bucal no SUS.
- Dinâmica 2: Potencialidades e barreiras do cuidado ampliado no usuário:
- Perguntas norteadoras:
 - 1 - O que favorece a produção de um cuidado ampliado e resolutivo em sua Unidade?
 - 2 - O que dificulta ou limita esse cuidado no cotidiano?

- Cada grupo compartilha relatos de vivências e abre espaço para diálogo e reflexão;

3 - Conclusão:

Reforçar os principais pontos e destacar o papel das práticas de cuidado humanizadas e centradas no usuário e como refletem no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal e na satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde.

Além disso, os resultados da oficina encontram-se descritos no relato de experiência (APÊNDICE A), e foi elaborado um material educativo em formato de folheto educativo (APÊNDICE B), que foi divulgado ao fim da atividade como forma de fixação e reflexão sobre o tema discutido na oficina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitiram compreender que o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no município se constitui em um campo de disputas, contradições e possibilidades, no qual coexistem movimentos de ampliação do cuidado e permanências históricas do modelo odontológico centrado no procedimento. De um lado, emergem nas falas dos cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e usuários sentidos de cuidado vinculados à escuta, ao vínculo, à atenção, ao reconhecimento das necessidades do outro e à valorização da dimensão humana do encontro em saúde. De outro, tais movimentos convivem com uma organização do trabalho ainda fortemente ancorada na clínica operatória, na resposta imediata à queixa, na fragmentação das ações e em limites estruturais e institucionais que restringem a integralidade do cuidado. Assim, o cuidado ampliado aparece como horizonte ético e discursivo importante, mas ainda insuficientemente sustentado pelas condições concretas de organização do serviço.

Em relação ao cuidado centrado no usuário, no âmbito da sua produção, do acolhimento e da resolutividade, reflete que a produção do cuidado não pode ser reduzida à cordialidade, nem à execução pontual de um procedimento tecnicamente bem-sucedido. Os usuários reconhecem, valorizam e nomeiam como cuidado a atenção, a paciência, a escuta e a forma como são tratados pelas equipes, contudo, também revelam que esse cuidado se fragiliza quando encontra descontinuidade,

falta de insumos, demora, necessidade de recorrer ao setor privado ou insuficiente articulação da rede.

Desse modo, no município, o acolhimento possui relevância simbólica e relacional, mas nem sempre se efetiva como diretriz organizadora do processo de trabalho, permanecendo em vários momentos dependente do esforço individual dos trabalhadores e pouco sustentado por bases institucionais mais sólidas. A resolutividade, por sua vez, aparece tensionada entre a capacidade de responder à demanda imediata e a dificuldade de garantir continuidade, conclusão do tratamento e equidade no acesso.

Quanto ao trabalho interprofissional, a sua presença no cotidiano das equipes é mais parcial e episódica do que estruturante. Predomina uma compreensão conceitual coletiva ainda imprecisa, frequentemente associada à multidisciplinaridade ou à simples convivência entre diferentes profissões no mesmo espaço institucional. As experiências relatadas apontam reuniões, encaminhamentos, contatos pontuais com enfermagem, medicina e eMulti, bem como algumas discussões compartilhadas de casos, mas sem que isso configure, de forma consistente, um projeto terapêutico assistencial, comunicação sistemática ou corresponsabilização efetiva entre os núcleos profissionais. Assim, a interprofissionalidade se apresenta como potência, e não como prática colaborativa consolidada no processo de trabalho, dependente de mediações organizacionais, apoio da gestão e espaços de aprendizagem compartilhada.

No campo da Educação Permanente em Saúde, mostrou-se talvez uma das fragilidades mais expressivas do contexto estudado. A EPS, em vez de aparecer como estratégia político-pedagógica orientada pela problematização do cotidiano, pela análise coletiva do trabalho e pela transformação das práticas, surge frequentemente confundida com educação em saúde, campanhas, palestras, ações do PSE e capacitações pontuais. Tal achado revela não apenas imprecisão conceitual entre os trabalhadores, mas baixa institucionalização da política no âmbito municipal.

A realidade da EPS “não sai do papel”, não se organiza como dispositivo contínuo e tampouco conduzida como prioridade pela gestão, o que repercute diretamente na fragmentação do trabalho, na desmotivação profissional e na dificuldade de construir respostas coletivas para os problemas vividos pelas equipes. Ainda assim, revela-se que há reconhecimento, por parte de alguns profissionais, da

importância de criar espaços de reflexão sobre a prática, de fortalecer a aproximação com a universidade e de sustentar processos formativos mais coerentes com as necessidades reais do serviço.

Por fim, conclui-se que a reorganização do processo de trabalho em saúde bucal no município requer mais do que ampliação de procedimentos ou correções pontuais da estrutura. Exige fortalecer o cuidado centrado no usuário como eixo organizador das práticas, ampliar a sustentação institucional do acolhimento e da resolutividade, investir em formas mais sistemáticas de articulação interprofissional e reconhecer a Educação Permanente em Saúde como estratégia central para problematizar o cotidiano, qualificar o trabalho e produzir novas formas de cuidar. É justamente nesse movimento que reside a contribuição deste estudo, o qual busca explicitar que, no contexto das Equipes de Saúde Bucal, há potências reais de transformação, mas sua consolidação depende de deslocamentos políticos, organizacionais e formativos que permitam aproximar o trabalho cotidiano dos princípios da integralidade, da longitudinalidade e da clínica ampliada no SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 18, n. 49, p. 313–324, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511.
- ALMEIDA, A. B. F. de *et al.* Orientação de higiene bucal em pacientes domiciliares: relato de experiência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 14, n. 6, p. e10414649097, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i6.49097.
- ALVES, H. F. C. *et al.* Interprofissionalismo na Estratégia Saúde da Família: um olhar sobre as ações de promoção de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 3, e200648, 2021. DOI: 10.1590/S0104-12902021200648.
- ANTUNES, H. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Implantação do acolhimento em saúde bucal e envolvimento da equipe multiprofissional: limites e desafios da aprendizagem coletiva. Reflexões, intervenções e pesquisas em saúde: transformação das práticas e produção de sujeitos implicados com o Sus. **UEFS Editora**. Feira de Santana, v. 1, p. 163-189, 2022.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239–248, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21192013>.
- ARRAIS, M. G. da S.; RONCALLI, A. G.; ROSENDO, T. S. Qualidade da assistência à saúde bucal na atenção primária no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310203, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310203.
- ARAÚJO, B. de O.; MELO, M. L. C.; ARAÚJO, M. de O. Práticas educativas para agentes comunitários de saúde em uma unidade de saúde da família. **Revista Saúde.com**, v. 14, p. 1130-1137, 2018.
- ARAÚJO, D. C. de *et al.* Promoção de saúde bucal nas consultas de crescimento e desenvolvimento na atenção primária: um relato de colaboração interprofissional. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 87-101, 2018.
- ARAUJO, B. de O.; NASCIMENTO, M. A. A. do; ARAUJO, M. de O. Educação permanente em saúde: construção de saberes e práticas em busca da resolubilidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 12, n. 1, e7716, 2022.
- ARAÚJO, Riane Santos de.** Atuação da equipe odontológica no Programa Melhor em Casa no município de Fortaleza. 2025. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Christus, Fortaleza, 2025. Orientadora:

Janaína Rocha de Sousa Almeida. Disponível em: repositório institucional da Universidade Christus. Acesso em: 6 abr. 2026.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16–29, set./dez. 2004.

BARR, H.; LOW, H. Introducing interprofessional education. **Fareham**: Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), 2011.

BARROS, N. F. de; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. da. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 163-173, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S111.

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. do C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 10, n. 3, p. 53–60, jul./set. 2007.

BASTOS, B. R. M. dos S. *et al.* Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.520.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Consulta por município: Serrinha (BA). Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://cnes2.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 17**). Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Acesso em: 1 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 85, p. 85, 8 maio 2025. Disponível em: Diário Oficial da União. Acesso em: 1 abr. 2026.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0388.

CARDOSO, M. S. L.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. dos. Acolhimento na saúde da família em Município da Bahia, Brasil: desafios da atenção em rede. Reflexões, intervenções e pesquisas em saúde: transformação das práticas e produção de sujeitos implicados com o Sus. **UEFS Editora**. Feira de Santana, v. 1, p. 67-88, 2022.

CARNUT, L. *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.448.

CARVALHO, M. S. de; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. de. Repensando as políticas de saúde no Brasil: educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e190211, 2019. DOI: 10.1590/Interface.190211.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, 2001.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

COELHO NETO, Agripino. A trama das redes socioterritoriais no espaço sisaleiro da Bahia/Agripino Souza Coelho Neto. 2013. 426f. Tese (Doutorado em Geografia). Niterói - Universidade Federal Fluminense, 2013.

CRUZ, L. P. da; SANTOS, L. O. dos; ARAÚJO, B. de O. Importância da educação permanente em saúde para a promoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 12, n. 1, e5842, 2022. DOI: 10.13102/rscdauefs.v12i1.5842.

DANTAS, F. S.; RODRIGUES, A. Á. A. de O. Conhecimento de enfermeiros e enfermeiras do Território do Sisal acerca da saúde bucal. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 27, 2023. <https://doi.org/10.13102/semic.vi27.10713>.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-63.

EMMI, D. T.; LIMA, Z. S. de; MIRANDA, M. S. L. Perfil do cirurgião dentista das equipes de saúde bucal e inserção em ações de educação permanente na Região Norte do Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 67, p. 79-91, jan./mar. 2021. DOI: 10.13037/ras.vol19n67.6718.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, 2010.

FARIA, Horácio. Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 3a ed. -Belo Horizonte: **Nescon/ UFMG**, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2014. ISBN: 978-85-66659-20-8.

FEUERWERKER, L. C. M. et al. A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente. In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2, p. 188-197.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 151–163, 2010.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1987.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 86-96, 2019.

FREITAS, Paula Rodrigues Barbosa de. A saúde bucal de idosos pela perspectiva interprofissional. 2024. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Palmas, 2024.

FUSCO, L. A. *et al.* Práticas adotadas pelas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma revisão da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 1, p. 666–683, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i1.2023-009.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00124.

GODOI, Nadelí Laryssa da Silva. O cirurgião-dentista e o trabalho interprofissional na Estratégia Saúde da Família. 2022. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

GODOI, N. L. da S. *et al.* Trabalho interprofissional: potencialidades e dificuldades dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, e240560, 2025. DOI: 10.1590/interface.240560.

GONDINHO, B. V. C. *et al.* Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 31, supl., p. 1–8, nov. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8637.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280313, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280313>.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

HUNG, M. *et al.* Integrating Dentistry into Interprofessional Healthcare: A Scoping Review on Advancing Collaborative Practice and Patient Outcomes. **Healthcare**, v. 13, n. 21, art. 2780, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13212780.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Serrinha (BA). Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/serrinha.html>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LEAL JÚNIOR, F. J. *et al.* Integralidade em saúde bucal na Atenção Primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, e311101119529, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19529.

LEME, P. A. T. *et al.* A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290111, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290111.

LEME JUNIOR, João Carlos. Fatores sociodemográficos associados à resolutividade das equipes de saúde bucal na atenção básica à saúde no Brasil. 2024. 1 recurso online (40 p.). Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2024.

LIMA, A. I. C. *et al.* Contribuições da equipe de saúde bucal para o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família: relato de experiência. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 163-176, 2019.

LIMA, A. A. da S. *et al.* Equipe multi, interprofissionalidade e resolutividade na Atenção Primária à Saúde: imanências e caminhos para integralidade do cuidado. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 10, p. e9397, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n10-227.

KAMIKAWA, D. S.; UCHIDA, T. H.; FUJIMAKI, M. Percepção sobre a implementação da educação permanente em saúde bucal no estado do Paraná. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 2126-2136, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n1-137.

MACÊDO, G. L. de *et al.* Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes

especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 67-80, 2018. DOI: 10.21680/2446-7286.2018v4n1ID13839.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61–66, 2003.

MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo, **Difel**, 1994. v.1.

MATOS, A. R. *et al.* Trabalho das Equipes de Saúde da Família em um município do semiárido baiano e sua implicação na produção de saúde. **Revista de APS**, v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15581>.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, **São Paulo**, 1992. 53 f.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo, **Hucitec**, 1994.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, Túlio Batista.; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: **Hucitec**, 2013.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: **Hucitec**, 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec. 192 p. 2014.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. Rio de Janeiro: **Hucitec**, 407 p., 2010.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: **Vozes**, 2011.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 928-941, 2014.

Narvai, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, 5(3), pg. 21–34. 2011. <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1039>.

NASCIMENTO, R. de C. de S.; CUNHA, K. M.; BRITO, V. A. Relações profissionais na atenção primária à saúde com enfoque no trabalho em equipe: relato de experiência. In: **FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE: caminhos possíveis**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2023. p. 113-124.

OLIVEIRA, Raquel Santos de. Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

OLIVEIRA, N. F. de *et al.* Processo de trabalho da equipe de saúde bucal no município de Nordestina-BA. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 77269–77285, out. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n10-232.

OLIVEIRA, M. Q. *et al.* Trabalho da equipe de saúde bucal em um município baiano de pequeno porte. In: Prática Problematicadora e Ensino Participativo na Odontologia 2. **Atena Editora**, 2020. cap. 9, p. 74-87. DOI: 10.22533/at.ed.9472015079.

OLIVEIRA, A. J.; RODRIGUES, A. Á. A. de O. Conhecimento de agentes comunitários de saúde de um município do Território do Sisal da Bahia acerca da saúde bucal. **Anais dos Seminários de Iniciação Científica**, n. 26, 2022. <https://doi.org/10.13102/semic.vi26.9463>.

OLIVEIRA, M. T. P. *et al.* Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320106, 2022. DOI: 10.1590/S0103-73312022320106.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1): 75- 91, 2003.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.

PEREIRA, C. B. *et al.* Percepção de trabalhadores da Atenção Básica sobre a atuação interprofissional da equipe de saúde bucal. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 521-538, jul./dez. 2022. DOI: 10.12957/sustinere.2022.57232.

PIRES, F. S. *et al.* A clínica e a saúde bucal no SUS: inovar e (re)construir percursos

de cuidado. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1–12, 2022. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1725>.

PIRES, G. B.; SANTOS, A. B. S. dos; CARNEIRO, A. L. Contribuições da atenção primária à saúde para a formação interprofissional em saúde. In: ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva et al. (org.). *Formação interprofissional em saúde: caminhos possíveis*. Feira de Santana: **UEFS Editora**, 2023. p. 137-150.

PRADO, C. L. S. R. *et al.* Comunicação interprofissional e participação do usuário na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 2, e220823pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220823pt.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, n. 6, art. CD000072, 22 jun. 2017.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. dos A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56–64, jan./mar. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040608.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio Oliveira. Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas-Bahia: o trabalho cotidiano no programa de saúde da família como protagonista da mudança [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

RODRIGUES, A. Á. A. de O.; BOMFIM, L. S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 96–108, jan./mar. 2010.

RODRIGUES, A. Á. A. de O. *et al.* Práticas da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana - BA. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 476–485, out./dez. 2010.

RODRIGUES, A. Á. A. de O. *et al.* Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 695–709, jul./set. 2011.

RODRIGUES, A. Á. A. de O. *et al.* Qualidade da atenção em saúde bucal: entraves que dificultam a prática das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 22, n. 4, p. 895–919, 2019. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15958>.

SANTIAGO, C. P. L. *et al.* Resolutividade da atenção básica em saúde bucal em municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3589-3597, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.23272019.

SANTOS, E. M. C.; COELHO NETO, A. S.; SILVA, O. A. De Região Sisaleira a Território do Sisal: desvelando as nuances do processo de delimitação da diferenciação espacial no Semiárido Baiano. **GeoTextos**, 2015.

SANTOS, J. M. B. dos *et al.* Promoção da saúde bucal com ênfase em saúde oral e sistêmica: um olhar interprofissional através de relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 78720-78741, ago. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-206.

SANTOS, S. S. *et al.* Acolhimento no cuidado odontológico: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, e9677, 2022. DOI: 10.25248/REAS.e9677.2022.

SCHERER, C. I. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 233–246, out. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S216.

SILVA, L. A. A. da *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.58779.

SILVA, R. M. da; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2259-2270, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.15992018.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. dos A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190840.

SILVA, A. A. M.; NASCIMENTO, C. M. B. do; MELO, M. M. D. C. de. Análise do trabalho das equipes de saúde bucal na perspectiva interprofissional. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 9, n. 3, p. 585-597, 2021. DOI: 10.18554/refacs.v9i3.4431.

SILVA, E. T. *et al.* Disparidades do protagonismo das equipes de saúde bucal no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, p. 14, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005759.

SILVA, M. G. O. da *et al.* Atendimento odontológico domiciliar: a expansão do cuidado pela Atenção Básica. **International Seven Journal of Health**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, p. 126-141, mar./abr. 2025. DOI: 10.56238/isevjhv4n2-005.

SOARES, L. B. *et al.* Promovendo interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde: reflexões de preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 48, n. 4, 2024.

SOUZA, V. R. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02631, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.

SOUZA, M. Q. B.; ALENCAR, T. de O. S.; ALENCAR, B. R. Educação interprofissional em saúde: elementos conceituais e históricos. Formação

Interprofissional em Saúde: caminhos possíveis. Feira de Santana: **UEFS Editora**, p. 21-34. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAVEIRA, Zaira Zambelli. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

TEIXEIRA, E. D. et al. Resolutividade do serviço odontológico público em um município do estado da Bahia, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e355111032676, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32676.

TERRERI, A. L. M. et al. Atuação dos cirurgiões-dentistas na capacitação e desenvolvimento de ações de saúde bucal pelo agente comunitário. **Archives of Health Investigation**, v. 7, n. 8, p. 305-311, 2018. DOI: 10.21270/archi.v7i8.3115.

TURATO E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6a ed. **Petrópolis**, RJ: Vozes; 2013.

VELOSO, W. D. C.; MARTINS, G. da S.; ALMEIDA-MARQUES, R. V. D. de. Desafios na resolutividade da saúde bucal no Brasil: análise dos fatores associados. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151695, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1695.

APÊNDICES

APÊNDICE A - RELATO DE EXPERIÊNCIA: Oficina Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal em um município de médio porte do Território do Sisal da Bahia

RESUMO

Este relato de experiência descreve a oficina “Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal”, desenvolvida como produto acadêmico de uma pesquisa de mestrado profissional em Saúde Coletiva. A atividade reuniu profissionais das Equipes de Saúde Bucal e representantes da gestão municipal, utilizando metodologias participativas para problematizar o processo de trabalho e a produção do cuidado no SUS. As discussões evidenciaram desafios relacionados à infraestrutura dos serviços, à fragilidade dos vínculos de trabalho, às dificuldades de acesso à atenção especializada e à persistência de práticas centradas no procedimento odontológico. Em contrapartida, destacou-se a importância do acolhimento, do trabalho em equipe e da Educação Permanente em Saúde para a qualificação do cuidado. A oficina constituiu-se como espaço de reflexão crítica e construção coletiva, contribuindo para o fortalecimento de práticas mais integrais, humanizadas e centradas nas necessidades dos usuários.

Palavras-Chave: Processo de Trabalho em Saúde; Produção do Cuidado; Educação Permanente em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde é dinâmico e implica a produção de ações que vão além do ato técnico, articulando dimensões do cuidado, do vínculo e da autonomia dos sujeitos, desta maneira, não se limita à execução de procedimentos, mas envolve a produção do cuidado em sua integralidade. Nesse sentido, cabe aos serviços propor uma prática clínica centrada no usuário, em sua totalidade, promovendo a corresponsabilização e o fortalecimento da autonomia. Apesar dos avanços promovidos pela inserção das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, persistem desafios relacionados à superação de modelos de atenção centrados na execução de procedimentos e na lógica procedimental do cuidado. Nessa perspectiva, torna-se necessário problematizar como o processo de trabalho é organizado e de que maneira as práticas desenvolvidas incorporam

dimensões como acolhimento, vínculo, cuidado centrado no usuário, trabalho em equipe e responsabilização pelos usuários.

Foi nesse contexto que se realizou a oficina “Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal”, com o objetivo de estimular a reflexão sobre as potencialidades do trabalho em saúde e seus efeitos na qualidade do cuidado ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo práticas mais humanas, integrais e comprometidas com as necessidades de saúde da população. Além de sensibilizar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) para a importância do processo de trabalho em saúde, valorizando práticas de cuidado ampliado, acolhimento, resolutividade, interprofissionalidade e Educação Permanente em Saúde, para além do trabalho apenas volta a realização de procedimentos odontológicos.

Este relato de experiência é decorrente da oficina Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e cuidado em saúde bucal, que é um produto acadêmico oriundo da pesquisa intitulada “PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO TERRITÓRIO DO SISAL: LIMITES E DESAFIOS PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL”, realizada durante o mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. A oficina foi realizada no dia 29 de maio de 2026, durante o turno matutino, no auditório do LACEM. O encontro contou com membros da Equipe de Saúde Bucal (ESB), entre eles Cirurgiões-Dentistas (n=4) e Auxiliares em Saúde Bucal (n=6), e Informantes chave da Gestão (n=2) em saúde do município, totalizando um número de 12 participantes. Ressalta-se que dos profissionais presentes na oficina, apenas uma Auxiliar em Saúde Bucal e o Informante chave da gestão participaram da pesquisa como entrevistados. As demais ausências foram justificadas por motivos de saúde, e realização de cursos de especialização ou aperfeiçoamento com cronograma na data da oficina.

A atividade foi organizada com parceria da Coordenação de Saúde Bucal do município, que disponibilizaram o espaço e equipamentos para a realização da oficina. Na ocasião, além da explanação sobre o tema, foi realizado um momento de levantamento dos conhecimentos prévios dos participantes e dois momentos com dinâmicas imersivas sobre a temática da oficina, com o objetivo de fomentar a reflexão sobre o cotidiano das práticas no serviço no município.

2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A atividade foi conduzida em formato de roda de conversa, fundamentada nas práticas da metodologia ativa e no diálogo participativo. Inicialmente, foi realizada uma apresentação da pesquisa, seus objetivos, o seu vínculo com o PET Odontologia e o Observatório em Saúde Bucal Coletiva, destacando a importância de fomentar mais estudos nos municípios do Território do Sisal. Posteriormente, os participantes se apresentaram com nome, profissão na ESB, Instituição e local de formação e tempo que atuam no serviço do município.

Em seguida foi realizada uma exposição sobre os conceitos do processo de trabalho em saúde bucal, produção do cuidado em saúde e as tecnologias do cuidado com objetivo para o cuidado humanizado e integral do usuário, trazendo os participantes para uma reflexão crítica sobre situações cotidianas que se revelam no cotidiano. Após a introdução, os participantes foram questionados sobre a seguinte problematização: “No processo de trabalho em saúde bucal realizado em sua Unidade de Saúde, predomina mais o trabalho focado nas tecnologias leves ou tecnologias duras? Este momento levantou a participação de alguns profissionais e trouxe vários questionamentos da ESB para o ICG, diante de problemas estruturais que frequentemente ocorrem nas Unidades de Saúde.

Na sequência foram apresentados os resultados da pesquisa, com as potencialidades e as principais barreiras e fragilidades encontradas no processo de trabalho das ESB, com o intuito de inquieta-los da real situação de cobertura de saúde bucal, problemas estruturais e práticas (des)organizadas e descontextualizadas dos princípios e diretrizes do SUS, que na maioria delas visam apenas o procedimento odontológico como instrumento para atingir alguns indicadores de saúde bucal.

Posteriormente, foi realizada a primeira dinâmica intitulada: Nuvem de palavras sobre o processo de trabalho, em que os participantes escanearam um QR Code que dava acesso ao site Mentimeter, para responder a seguinte pergunta: Cite três palavras que melhor representam, para você, o processo de trabalho e o cuidado em saúde bucal no SUS.

Na segunda dinâmica, foram divididos dois grupos guiados pelas perguntas norteadoras: 1- O que favorece a produção de um cuidado ampliado e resolutivo em sua Unidade? 2- O que dificulta ou limita esse cuidado no cotidiano? Depois das

trocas em grupos, solicitou-se que os grupos compartilhassem pontos e relatos de vivências que emergiram de sua discussão, abrindo espaço para o diálogo e para construção de uma reflexão coletiva, incentivando a identificação de barreiras e de possibilidades de transformação para produção de um cuidado centrado no usuário.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As falas evidenciaram experiências marcadas por problemas estruturais, distanciamento da gestão nos planejamentos em saúde, ausência de integração da equipe de saúde, mesmo que realizem momentos ou atividades em conjunto, desvalorização profissional, ausência de vínculos estáveis e dificuldades no atendimento de usuários que necessitam das especialidades de endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, e odontopediatria com competências para pacientes com deficiência.

As discussões ressaltaram a importância do processo de trabalho com base nas tecnologias relacionais e do acolhimento, do cuidado centrado no usuário de maneira que distancie do fazer odontológico apenas centrado no procedimento. A oficina configurou-se como um espaço potente de reflexão crítica e fortalecimento coletivo, permitindo aos participantes compartilhar vivências que evidenciam os desafios estruturais das Equipes de Saúde Bucal, como um sistema historicamente marcado pelos reflexos da Odontologia tradicional nas práticas de cuidado. Esse momento de escuta coletiva possibilitou compreender de forma mais ampla os impactos das fragilidades na produção do cuidado e como se refletem na vida e na condição de saúde da população.

Figura 01: Registro com os participantes da oficina



Figura 02: Resultado da dinâmica 01: Nuvem de palavras

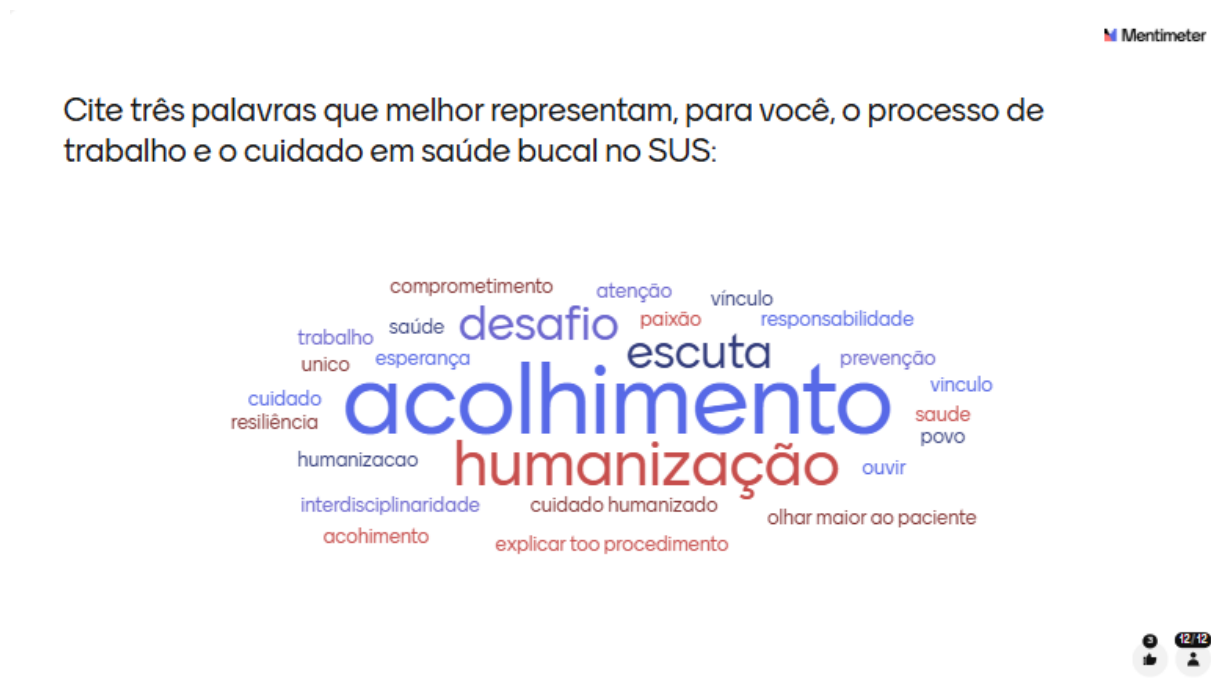


Figura 03 e 04: Discussão dos grupo 01 e 02 sobre as potencialidade e limites da produção do cuidado em seus espaços de trabalho.



Como estratégias de mudança, os participantes destacaram a necessidade de mobilização em grupo em busca de melhorias estruturais das Unidades de Saúde e dos equipamentos odontológicos, salariais, de vínculos, e na capacitação permanente dos profissionais de saúde.

O encontro possibilitou trocas significativas, fortalecendo os vínculos entre os profissionais e ampliando a cooperação entre ensino e serviço, por meio da parceria entre a UEFS via Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e PET Odontologia UEFS e a Secretaria de Saúde, através da Coordenação de Saúde Bucal.

A vivência reafirmou o papel das ações educativas e participativas como instrumentos de contribuição pessoal e profissional, e construção de consciência crítica sobre os desafios e repercussões do processo de trabalho em saúde bucal realizado no serviço público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da oficina evidenciou a profunda desestruturação do serviço, por meio das vivências compartilhadas e os resultados da pesquisa, revelando os problemas estruturais no município. Espaços de diálogo, como esse, se mostram fundamentais para a valorização das experiências dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal, promovendo trocas significativas e reflexões críticas sobre as práticas de cuidado e organização do processo de trabalho. A atividade também evidenciou que a superação dos problemas requer mais do que o reconhecimento das fragilidades, exige o compromisso de profissionais, gestores e instituições, motivo pelo qual, percebe-se a necessidade em realizar a oficina em outros encontros com os demais profissionais da Equipe de Saúde Bucal ausentes, além dos outros integrantes da Equipe de Saúde da Família. Por fim, nota-se o papel essencial dos espaços de reflexão, acolhimento, formação e mobilização social, contribuindo para a transformação das práticas de cuidado centradas nos usuários.

APÊNDICE B - FOLHETO EDUCATIVO: Cuidar além do procedimento: Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal (pags. 1 e 2).

APRESENTAÇÃO

Este material foi elaborado como produto acadêmico vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e resulta de uma pesquisa realizada com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) do município de Serrinha-BA.

Seu objetivo é sensibilizar as ESB para a importância do processo de trabalho em saúde, valorizando práticas de cuidado ampliado, acolhimento, resolutividade, interprofissionalidade e Educação Permanente em Saúde.

Busca, assim, estimular a reflexão sobre as potencialidades do trabalho em saúde e seus efeitos na qualidade do cuidado ofertado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo práticas mais humanas, integrais e comprometidas com as necessidades de saúde da população.



Fortalecer o processo de trabalho em saúde bucal é fortalecer o **cuidado voltado para o usuário**, o SUS e a produção de **práticas mais acolhedoras, compartilhadas e humanas**.



CUIDAR ALÉM DO PROCEDIMENTO:

Processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal

REFERÊNCIAS:

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisão ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

FONSECA, G. S.; PIRES, F. S.; SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. A. Clínica e a saúde bucal no SUS: inovar e (re)construir percursos de cuidado. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 22, n. 2, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília, 2014.

PRODUZIDO POR:

Matheus Sousa Santos e
Ana Áurea Alcécio de Oliveira Rodrigues



Oficina com Equipes de Saúde Bucal de Serrinha-BA
Realização:



1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL E CUIDADO AMPLIADO

O trabalho em saúde bucal **não se resume à realização de procedimentos**. Cuidar não é apenas restaurar, extrair, encaminhar ou cumprir agenda.

O foco deve estar no usuário, sua família, seu território e suas necessidades de saúde. Isso significa **reconhecer** que cada pessoa vive em condições sociais, econômicas e culturais que influenciam seu modo de viver, adoecer e buscar cuidado.

O usuário não é apenas quem recebe uma conduta. **Ele também participa da produção do cuidado**. Por isso, o cuidado em saúde bucal precisa ser construído no encontro entre profissional e usuário, considerando seu contexto de vida, história e demandas.

Nesse encontro, ganham importância as tecnologias leves do cuidado, como:

- Acolhimento
- Escuta qualificada
- Vínculo
- Autonomia do usuário



PRODUZIR CUIDADO É IR ALÉM DO PROCEDIMENTO E RECONHECER O USUÁRIO COMO SUJEITO DO CUIDADO.

2 ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE:

Vai **além** de atuar lado a lado. Envolve colaboração entre profissionais, compartilhamento de saberes, construção conjunta de decisões e atuação integrada em torno das necessidades dos usuários.

Quando a **equipe trabalha de forma articulada**, o cuidado tende a ser mais humano, integral e resolutivo.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS):

É uma **estratégia de gestão e aprendizagem no trabalho**. Parte de situações reais do cotidiano das equipes para provocar reflexão, troca de experiências e transformação das práticas. Mais do que cursos pontuais, a EPS ajuda a equipe a analisar problemas concretos do serviço, repensar seu processo de trabalho e construir respostas mais integrais e resolutivas para os usuários.

APRENDER COM O COTIDIANO DE TRABALHO É UMA FORMA DE TRANSFORMAR O CUIDADO.

3 PARA REFLETIR

Diante desses eixos, que buscam fortalecer o trabalho em saúde e produzir um cuidado centrado no usuário, vale **questionar**:

Nosso processo de trabalho está **centrado no procedimento ou nas necessidades dos usuários**?

Como o **acolhimento** tem acontecido **na prática**?

Temos **espaços** de planejamento, diálogo e reflexão sobre o trabalho?

Estamos **atuando de forma integrada** com a equipe?

O cuidado que produzimos tem sido **resolutivo e satisfatório** para os usuários?



Refletir sobre essas questões pode ajudar a equipe a reconhecer limites, potencialidades e caminhos para qualificar o cuidado em saúde bucal no SUS. Afinal, **mudar o trabalho em saúde também exige parar, refletir e construir coletivamente novos modos de cuidar**.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Matheus Sousa Santos** (pesquisador responsável) e **Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues** (pesquisadora colaboradora) estamos lhe convidando para participar da pesquisa “Processo de Trabalho de Equipes de Saúde Bucal em município de médio porte do Território do Sisal: limites e desafios para a produção do cuidado integral” vinculada ao Observatório de Saúde Bucal do Programa de Educação Tutorial de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, registrado no **Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº 97/2010, CAAE 0096.0.059.000-10**. Este estudo tem como objetivo compreender o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no município. Sua realização poderá contribuir com o processo de discussão das práticas de trabalho dos profissionais em saúde bucal para a resolubilidade da produção do cuidado, como também valorizar a atuação dos trabalhadores de saúde e gestores para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários e população assistida pelas equipes de saúde da família. Para o desenvolvimento deste estudo, será realizada uma **entrevista semiestruturada**. Sua participação consistirá em uma entrevista individual, com o objetivo de compreender desde o processo de trabalho em saúde bucal, as atribuições dos profissionais de saúde, a articulação da equipe de saúde para melhoria do cuidado e quais estratégias de educação permanente são empregadas para a melhoria do serviço em saúde bucal. Sua **participação é voluntária**, e você não receberá benefício financeiro. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e pela pesquisadora colaboradora e serão identificadas por um número durante a gravação, de forma que seu nome não será utilizado para garantir anonimato e confidencialidade. As gravações serão utilizadas exclusivamente para coleta de dados. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas em eventos científicos ou publicações. Os possíveis **riscos** que esta pesquisa traz são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do constrangimento em falar sobre a prática acerca do processo de trabalho em saúde bucal, além do incômodo diante algumas perguntas, e a preocupação sobre os resultados da pesquisa. Caso isso aconteça, você pode escolher não responder às perguntas que o(a) fizerem sentir-se desconfortável. Fica também garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Após a entrevista você poderá solicitar ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será arquivado pelos pesquisadores por um período de cinco (5) anos e após esse período será destruído. Espera-se obter como **benefícios** deste estudo a compreensão do processo de trabalho em saúde bucal realizado pelas equipes de saúde bucal do município, como forma de sensibilizar os gestores e profissionais com o intuito de colaborar com as ações de saúde bucal para melhoria do serviço e cuidado da população. **Você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.** Durante todo o período da pesquisa, você poderá esclarecer quaisquer dúvidas ou solicitar outros esclarecimentos. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Caso a(o) senhora(o) tenha interesse em participar desta pesquisa, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma via com os pesquisadores e a outra com você. Reitera-se que, sempre que desejar, a(o) senhora(o) poderá entrar em contato com o pesquisador MATHEUS SOUSA SANTOS para esclarecimentos no seguinte endereço: **Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo VI – Módulo Prático 65 (MP 65), CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA.** Telefone: (75) 3161-8088, e-mail: cep@uefs.br sobre as etapas do estudo.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Entrevistado(a)

Matheus Sousa Santos
Pesquisador Responsável

Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Pesquisadora Colaboradora

APÊNDICE D - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ENTREVISTA Nº	CÓDIGO	DATA

1. Caracterização socioeconômica e demográfica do (a) entrevistado (a):

1.1 Sexo: () Feminino () Masculino

1.2 Raça: _____

1.3 Idade: _____

1.4 Escolaridade: _____

1.5 Tempo de cadastro na Unidade: _____

1.6 Serviços utilizados na Unidade: _____

1.7 Renda média salarial: _____

Eixos temáticos: Temas orientadores / provocadores	E01	E02	E...
Trabalho em saúde: - Como compreende ou define o trabalho em saúde bucal? - Como se dá o processo de trabalho em saúde bucal? - Como se dá a rotina de trabalho da Equipe de Saúde Bucal? - Como se dá a importância do Território para o trabalho em saúde? - Como se organiza o processo de trabalho (CH, marcações, frequência de atendimento, tipos de atendimentos, plano de tratamento, visita domiciliar, educação em saúde)? - Como se dá a administração dos indicadores em Saúde bucal?			
Produção do cuidado: - Como compreende ou define o cuidado em saúde bucal? - Como se dá o acesso dos usuários na Unidade e ao cuidado em Saúde Bucal? - Como se dá o vínculo da ESB com os usuários na USF? - Como compreende o acolhimento com os usuários? Quais as maneiras de acolher da Equipe? - Como percebe a resolubilidade do cuidado em saúde? De que maneira acontece?			
Interprofissionalidade: - Como compreende ou define de trabalho interprofissional em saúde? - Como compreende a importância da interprofissionalidade para o trabalho em saúde bucal? - Como percebe o trabalho interprofissional e práticas colaborativas no cotidiano da ESB e da ESF? - Como percebe as estratégias de trabalho interprofissional da Gestão para a ESB?			
Educação Permanente em saúde: - Como compreende ou define a Educação Permanente em Saúde? - Como se dão as estratégias da Gestão para EPS para o trabalho em saúde bucal? - Como compreende a importância da EPS para o trabalho em saúde bucal? - Como percebe a Educação Permanente em Saúde no cotidiano da ESB?			

APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

GESTÃO EM SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ENTREVISTA Nº	CÓDIGO	DATA

1. Caracterização socioeconômica e demográfica do (a) entrevistado (a):

1.1 Sexo: () Feminino () Masculino

1.2 Raça: _____

1.3 Idade: _____

1.4 Escolaridade: _____

1.5 Tempo de cadastro na Unidade: _____

1.6 Serviços utilizados na Unidade: _____

1.7 Renda média salarial: _____

Eixos temáticos: Temas orientadores / provocadores	GSB01	GSB02
Trabalho em saúde: - Como compreende ou define o trabalho em saúde bucal? - Como se dá o processo de trabalho em saúde como Gestor em saúde? - Como a Gestão percebe a importância do Território para o trabalho em saúde? - Como se dá a rotina de trabalho como Gestor em Saúde/Saúde Bucal? - Como se dá o planejamento e organização do processo de trabalho para as Equipes de Saúde Bucal? - Como se dá o processo avaliativo das ESB? - Como as ESB são orientadas para administrar os indicadores em saúde bucal? - Como se dá os encontros para discutir o trabalho em saúde das ESB? Com qual frequência?		
Produção do cuidado: - Como compreende ou define o cuidado em saúde/saúde bucal? - Como se dá as orientações sobre o cuidado em Saúde Bucal? - Como se dá as orientações sobre o vínculo da ESB com os usuários na USF? - Como compreende o acolhimento com os usuários? Quais as estratégias de acolher orientadas pela Gestão? - Como percebe a resolubilidade do cuidado em saúde das ESB? De que maneira acontece?		
Interprofissionalidade: - Como compreende ou define de trabalho interprofissional em saúde? - Como compreende a importância da interprofissionalidade para o trabalho em saúde/saúde bucal? - Como percebe o trabalho interprofissional e práticas colaborativas no cotidiano da ESB? - Quais as estratégias de trabalho interprofissional da Gestão para a ESB?		
Educação Permanente em saúde: - Como compreende ou define a Educação Permanente em Saúde? - Como se dão as estratégias da Gestão para EPS para o trabalho em saúde/saúde bucal? - Como são orientadas as demandas de educação em saúde para as ESB? - Como compreende a importância da EPS para o trabalho em saúde/saúde bucal? - Como ocorre a Educação Permanente em Saúde no cotidiano da ESB?		

APÊNDICE F - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	ENTREVISTA Nº	CÓDIGO	DATA

1. Caracterização socioeconômica e demográfica do (a) entrevistado (a):

1.1 Sexo: () Feminino () Masculino

1.2 Raça: _____

1.3 Idade: _____

1.4 Escolaridade: _____

1.5 Tempo de cadastro na Unidade: _____

1.6 Serviços utilizados na Unidade: _____

1.7 Renda média salarial: _____

Eixos temáticos: Temas orientadores / provocadores	U01	U02	U...
Trabalho em saúde: - Como você vê o trabalho em saúde da Equipe de Saúde Bucal? - Com que frequência você visita um profissional de saúde bucal? - Como você entende o trabalho em saúde bucal de acordo com suas necessidades? - Como percebe o trabalho da ESB em dia de atendimento odontológico? - Como você percebe a relação da ESB entre si e com a ESF? - Como é realizado o processo de marcação de atendimento? - Como foi apresentado o seu plano de tratamento? Foi esclarecedor? Sentiu dificuldades para compreender? - Como você se sente inserido no plano de cuidado?			
Produção do cuidado: - Como compreende o acesso na USF? Já sentiu dificuldades? - Como percebe o acolhimento da ESB? O que considera importante no acolhimento? - Como se dá a comunicação da ESB com você durante o atendimento? É de fácil entendimento? - Como se dá o vínculo da ESB? - Como percebe a orientação do profissional de saúde bucal sobre suas necessidades de saúde? - Como percebe a continuidade do cuidado? Percebe seu cuidado ser resolutivo/ ter continuidade? - O que considera de mais positivos no cuidado da ESB? - Você já enfrentou alguma dificuldade relacionada ao cuidado odontológico? Quais? - Já precisou ser encaminhado para outro serviço de cuidado? Qual?			

APÊNDICE G - QUADRO ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA COMPLETO

Quadro 1 - Análise de Conteúdo Temática: Profissionais das Equipes de Saúde Bucal e Informante chave da gestão

Categorias empíricas		CD01	CD02	CD03	CD04	CD05	CD06	CD07	Síntese horizontal
Entre os horizontes do cuidado ampliado, a centralidade no procedimento e (des) organização das práticas	Trabalho em saúde e organização da prática	Cuidado ampliado Eu acredito que o processo de trabalho vai além do atender, é cuidar da comunidade		Cuidado ampliado Na verdade, o nosso trabalho vai além da saúde bucal, né? A gente primeiro cuida do paciente, sabe que ele é o amor de alguém e a gente precisa tratar ele como um todo, é... nem é só dor de dente, só ver boca.	Cuidado ampliado O trabalho em saúde bucal é uma missão, principalmente no SUS. É ter vontade da gente estar ajudando mesmo. De fazer o melhor com o pouco, de fazer diferença na condição de vida, de devolver autoestima para a comunidade.				Convergência
			Centralidade no procedimento O trabalho em saúde é realizar os atendimentos com os pacientes, né, fazendo todos os procedimentos que são necessários os básicos que existem dentro da nossa capacidade.			Centralidade no procedimento O trabalho em saúde bucal, pra mim envolve a parte do tratamento dentro da sala do consultório. ... é a partir do vínculo que se constrói que ele tem segurança da gente fazer os procedimentos, de resolver a sua queixa.	Centralidade no procedimento O trabalho em saúde que a gente faz é cuidar do paciente né... É atender e ir fazendo o pouquinho que temos, ver o que ele necessita e tratar.		Divergência

		Cuidado ampliado Então, o relacionamento que a gente vai ter aqui com eles, e com a equipe, profissional, enfermeira, agente de saúde, técnico, psicóloga...isso faz muita diferença.					Territorização Ele vai ter tranquilidade de receber um bom atendimento e amor. E outra coisa, observar a comunidade né, se estamos aqui na saúde pública, temos que olhar o território e ver se tem algo para observar melhor, ou porque que o perfil é mais de um jeito ou de outro.		Complementaridade
							Fragilidade de vínculo Pra mim na conjuntura atual dizer que o trabalho em saúde no SUS é algo prazeroso, não é. É difícil, no meu caso, já estou na quarta unidade por conta dos contratos, então, não crio vínculo com a equipe e muito menos com os pacientes. É algo que me sinto preenchendo um espaço só.		Diferença
	Plano de tratamento	Cuidado ampliado Ah, e o principal né, o relacionamento com o paciente, entender de onde vem como um todo, se já possui demandas das outras áreas e daqui partimos da saúde geral dele para			Cuidado ampliado ...De saber que com tantos problemas, temos condições de acolher e fazer as pessoas sorrir. Por exemplo definir as prioridades e mais urgência da pessoa, pra ver se ela entende o porque algumas vezes não fazemos logo uma				Convergência

		planejar cada necessidade que possuem. Aí, junto com a auxiliar definimos o melhor caminho.			estética e fazemos logo as extrações, requer paciência, mas a auxiliar me ajuda nesse processo de acolher e fazer eles compreender as necessidades. É o ir fazendo aos pouquinhos sem focar só no planejamento, sabe...				
			Centralidade no procedimento			Centralidade no procedimento	Centralidade no procedimento		Divergência
			Seria importante aqui ter mais atendimentos especializados, que o não fazemos aqui do plano de tratamento, já encaminhava.			É atender o paciente e fazer o plano de tratamento com base nas necessidades, é saber o certo... se tem cárie, extrações, encaminhar para o Centro, ou se aqui já faz.	Aqui eu faço uma anamnese completinha, e vou fazendo o passo a passo do tratamento na maneira que ele se sente confortável.		
					Cuidado ampliado ...De saber que com tantos problemas, temos condições de acolher e fazer as pessoas sorrir. Por exemplo definir as prioridades e mais urgência da pessoa, pra ver se ela entende o porque algumas vezes não fazemos logo uma estética e fazemos logo as extrações, requer paciência, mas a auxiliar me ajuda nesse processo de acolher e fazer eles compreender as necessidades.				Complementaridade

Administração dos indicadores em saúde bucal				É o ir fazendo aos pouquinhos sem focar só no planejamento, sabe...				
								Diferença
	Conhecimento superficial A gente também vai nas escolas. É o PSE, né? E lá fazemos as escovações com as criancinhas. Com as gestantes também. A gente faz pré natal odontológico e também sala de espera. Em relação aos indicadores, né. Tem as gestantes e tal, são o principal indicador, aí tipo, tem umas metas. Pra ser bem sincera com você, o único indicador que eu sei é o da gestante.	Conhecimento superficial A gente tem o sistema, e somos dependentes do sistema, já precisamos atender e atingir os indicadores, por exemplo, gestante. Em relação às gestantes, a gente faz os atendimentos junto com a enfermeira. Primeiro, existe a necessidade da enfermeira fazer os atendimentos, pra depois a gente chegar e realizar o da gente, pra contar com o indicador	Conhecimento superficial Toda quinta-feira aqui no posto hoje no caso hoje é quinta pela manhã tem atendimento de gestantes e pela tarde visita domiciliar quando assim os agentes de saúde solicitam, hoje mesmo a gente tem três visitas domiciliares pela tarde e agora de manhã tem o atendimento a gestantes que a gente deixa toda quinta-feira para gestantes.		Conhecimento superficial Bom, os indicadores aqui, na verdade, eles pedem pelo menos pra que a gente atenda uma vez a gestante.		Convergência	
							Aqui o indicador principal é da gestante. Toda vez que vai passar pela enfermeira, primeiro passa pela gente, aí a gente faz a anamnese, aí começa a acolher e vai acompanhando no pré natal odontológico como está a saúde bucal e a gestação. Até terminar o tratamento delas.	
						Limitação estrutural Além disso, temos outros que é primeira consulta, que o acs ajuda trazendo, extração que fazemos		Complementaridade

							muito. Mas difícil mesmo é atingir tratamento concluído. É sempre um problema por material, cadeira, ir no Centro e não voltar. É grave...		
					Limitação estrutural Aí além de tentar sempre acolher as gestantes, precisa de primeiro atendimento, lança os atendimentos do dia a dia, as extrações e sempre que vai em escola, fazemos escovação, tratamento atraumático é difícil, por falta de conhecimento da prática e não tem uma equipe especializada pra ajudar.				Diferença
Visita domiciliar	Passividade na tomada de decisão Então, é... a gente faz, por exemplo, às vezes ou conduz pelo agente de saúde...ô, tem um paciente da minha área que tá precisando. ou a gente mesmo vai, porque a gente vai acompanhar os médicos. A gente acompanha os médicos, a gente faz uma visita e a gente já faz toda aquela avaliação		Passividade na tomada de decisão Toda quinta pela tarde tem visita domiciliar quando assim, os agentes de saúde solicitam.		Passividade na tomada de decisão Olha, tem um período que fiz visita domiciliar uma vez, não fizemos mais por causa das agentes de saúde que até agora não teve nenhuma demanda dela pegar e falar assim, ô, tá precisando de tal paciente. Um caso específico e tal. Geralmente tem mais pra médica.	Passividade na tomada de decisão A gente vê um dia na semana pra fazer as visitas, porque tem pacientes que são acamados, não dá pra vir aqui. A gente vai, faz visitas pra eles tentarem fazer lá em casa. Porque tem muitos que não dá pra fazer.		Convergência	
				Inserção na tomada de decisões Toda quinta-tarde. É num dia específico pra poder fazer visita. Aí eu discuto				Divergência	

					com o agente de saúde ele me passa a demanda e eu planejo com a técnica de que maneira vamos realizar. Ai, no caso, essa demanda é em conjunto com a equipe de saúde, que disponibiliza o transporte já para o mesmo dia. Acaba que a visita domiciliar não é algo multi, mas de certa forma envolve toda a equipe multidisciplinar.				
									Complementaridade
									Diferença
(Re) produção do cuidado em saúde bucal: afinal, de qual acolhimento e resolutividade e estamos falando?	Cuidado	Centralidade no usuário		Centralidade no usuário	Centralidade no usuário		Centralidade no usuário		Convergência
		O cuidado pra mim é o mesmo que acolher o paciente. Seria acolher o paciente como um todo, não olhar pro paciente só, sua boca e suas necessidades odontológicas, mas acolher, escutar o paciente, ouvir mais o paciente		Então eu sempre levo isso comigo, o cuidado é quando o paciente se sente confortável na cadeira, perde a vergonha, sente bem tratado, e passa a fazer parte da unidade, para além de um procedimento só no dente.	Então, cuidar é fazer o possível para acolher essas pessoas e fazer de tudo para melhoria de vida delas, sabemos que são várias dificuldades, mas uma orientação que fazemos é o paciente compreende, já contribui bastante para o andar do tratamento.		Cuidar em saúde, é ter que fazer um bom atendimento, né? Olhar, acolher essas pessoas, porque sabemos que elas precisam da gente, é fazer as demandas certinhas, e tentar conscientizar. Caso precise de algo além de nós, é ficar atento para resolver o problema de saúde daquela pessoa.		
						Escuta limitada		Escuta limitada	Divergência
						O cuidado em saúde bucal é como eu te falei logo no início, é resolver aquele problema, ver o que tem pra restaurar, extrair se for o caso, uma limpeza, uma raspagem e eles voltar pra casa satisfeito. Pode parecer só uma cárie, mas às vezes é só a ausência do atendimento. Nós dentistas, temos que		Cuidado é quando a gente consegue atender aquela pessoa, com toda a dificuldade, é fazer o que o paciente está precisando, é fazer uma boa avaliação, e ver se precisa de uma extração, vai lá e faz, se tem restauração, restaura e evita que	

					chegar e levar a sério o tratamento		aquele dente torne canal	
			Escuta ativa Eu acho que o diferencial no cuidado é sair um pouco da bolha. Quando antes de fazer qualquer coisa, apenas escutamos, acredito que faz a diferença. Eles cria confiança. Na verdade a gente é psicólogo, a gente é dentista, a gente é meio que tudo, né?					Complementaridade
								Diferença
Acolhimento e vínculo	Escuta e vínculo Tipo, acolher é receber e trocar. Você recebe eles no primeiro momento de avaliação, escuta, escuta...entender o que ele traz e depois vai criando um vínculo a cada dia, é algo que vai evoluindo.			Escuta e vínculo Eu acho que é no dia a dia, a gente recebe o paciente, acolhe ele, deixa bem confortável, e eles passam a confiar na gente, de perder o medo de dentista. Procuro criar um vínculo meu e da (técnica) com eles. Explicar e ter paciência e ir fazendo aos poucos.	Integralidade do cuidado Olha, a questão do acolhimento em especial, e não só isso, mas o vínculo, a gente acaba criando por causa dessas conversas. Eu sou muito de ouvir o paciente, conversar com ele, ouvir, ver como ele cuida da saúde própria, pra depois partir pra queixa dele...e o que ele precisa.		Vínculos precários Acolhimento pra mim seria cuidar como o paciente merece, tratá-lo bem, deixar bem em casa e confortável. Mas acaba que desvalida muito esses princípios. Porque tem a questão do vínculo. É tipo assim, vamos supor, vereador, tal, tá prestando de um dentista em tal unidade, pra fazer política mesmo. Então eles vão transferindo a gente.	Convergência
		Escuta e vínculo Ah, o acolhimento começa na anamnese que é realizada. O plano de tratamento, ele é realizado após a avaliação. Primeiro tem a avaliação, aí a						Divergência

			definição desse plano de tratamento fica a respeito da minha responsabilidade. A medida que ele vem ser atendido cria confiança.						
								Vínculos precários Eu mesmo sem vínculo, nem posso acolher, nem ser acolhida, e vínculo muito menos. Seria muito importante, mas não depende de mim. Se toda hora, por exemplo, você tá ali já engajado com médico, com enfermeiro, toda hora troca, troca o médico, troca o enfermeiro. Então, pra você trabalhar em equipe, fica complicado. E pra você conhecer as pessoas que você vai atender, também fica complicado.	Complementaridade
							Integralidade do cuidado Assim... o acolhimento pra mim é ir além do que aquela pessoa precisa, hoje o dentista necessita ser mais humanizado não é só uma cárie que tenho que tratar, mas ir além do que aquela pessoa precisa, é resolver a necessidade do paciente sem ser odontológica também, deixar ele saudável, sem nenhuma queixa.		Diferença

	Resolutividade	ade	Descontinuidade do cuidado		Descontinuidade do cuidado	Descontinuidade do cuidado	Descontinuidade do cuidado	Descontinuidade do cuidado	Convergência
			Pra ser sincera, não é uma boa resolução. Conseguimos evoluir, atender muitas demandas da secretaria, com a comunidade. Mas o problema, porque depende muito do paciente e da estrutura.		O que a gente tem de dificuldade, é a questão do material. Hoje, bom que a gente já tem uma variedade muito grande de materiais, mas ainda falta muita coisa. E conseguir concluir os tratamentos, ou chegar próximo de finalizar, fica difícil.	Não vejo nosso planejamento ser muito resolutivo, o que me deixa triste... é não poder restaurar, as vezes nem é urgência, mas um caso de restauração nem tanto profunda, mas que o paciente está sentindo dor, eu sei que poderia resolver a situação dele, mas sem cadeira, não tenho como.	Olha, eu pego no pé do paciente muito. E aí com isso eu sempre peço para marcar e vir para realizar a consulta e seguir e finalizar o tratamento.	Para seguir é bem difícil, primeiro por causa da nossa demanda e depois às vezes por falta de material. Primeiro, porque são vários atendimentos, então, a gente não tem tempo de fazer muita coisa, mas fazemos da maneira que dá. Aí no caso, quando falta material ou quebra a cadeira, aí vou pra sala de espera para passar alguma orientação de higiene, ou então, explicar o que aconteceu, mas que normalmente, eles não aceitam ou ficam chateados com a gente.	
									Divergência
						Incapacidade do serviço Sendo sincera, temos uma alta rotatividade por ser Unidade grande, então o paciente que tem muitas demandas, demora mais para concluir, ainda mais se precisar ir para o Centrinho.			Complementaridade
						Incapacidade do serviço Quando um ou outro pode pagar, até resolve, mas quando não, ou é aguardar a fila do Centrinho, a nossa quando aqui retornar, ou ir seguindo com medicação, infelizmente.			Diferença

Trabalho Interprofissional em Saúde Bucal: entre a distância de prática colaborativa e a indefinição conceitual	Indefinição conceitual		Indefinição conceitual					Convergência
	Eu diria que o mesmo que atendimento multidisciplinar, entendeu? Seria um trabalho que não envolve só a odontologia. Por exemplo, nossas reuniões, que envolvem a equipe e às vezes a psicóloga, o nutricionista, tudo que seja possível.		Compreendo que é um trabalho multidisciplinar, né? Quando a gente envolve toda a equipe. Nossa equipe tem casos específicos que trabalhamos em comum.					
		Ausência de prática colaborativa A interprofissionalidade é quando a equipe se dá bem, quando por exemplo a médica chegava e trazia os pacientes. O, tem uma paciente que está precisando do seu atendimento Então, ela vinha e às vezes a gente chegava e discutia o que poderia ser, por exemplo, uma lesão. Entendeu?		Ausência de prática colaborativa Normalmente tira um dia específico pela tarde, vamos supor, aí fecha a unidade, fecha com todo mundo pra poder definir alguma atividade no calendário. Mas é difícil todo mundo, aqui mesmo ainda não tive esse contato com o médico.		Indefinição conceitual Olha, sobre trabalho interprofissional eu não sei, aqui nunca ouvi falar, mas nós como equipe temos as reuniões mensais e aí quando tem algum caso sério ou de um paciente que está numa situação muito grave, aí tentamos ver como encaminhar ele, ou se o NASF pode realizar algum atendimento por lá.		Divergência
			Ausência de prática colaborativa E aí, planejamos separados por área e vamos atender para depois discutirmos juntos. Tenho um caso de periodontite severa e aí estou trabalhando com		Ausência de prática colaborativa Então, quando tem um paciente assim, a gente até discute. Mas no quesito de parar e fazer uma reunião, não. Isso é algo que faz falta, pois o médico pode ter vários casos interessantes, mas que não			Complementaridade

			o médico para solicitar alguns exames para mim para eu poder trabalhar com a segurança melhor questão de coagulação. E ele conseguir controlar a diabetes do paciente. Aí depois dos exames vamos sentar para melhorar a condição desse paciente.		faço ideia se existem ou não.			
			Distanciamento entre ESF e RAS E aí a gente pede, então a gente tem esse trabalho assim de equipe. Eu também, quando eu vejo que necessita, né? Alguns pacientes precisam de um psicólogo e assistência social, tentamos contato com a equipe emulti, mas essa articulação é difícil, já que para ter uma agenda que case com eles, quase sempre não dá.				Domínio conceitual A interprofissionalidade quando trabalham juntos? Pelo menos é o que é pra acontecer, né? É o médico, o enfermeiro e o dentista que devem trabalhar tipo grupo. Eu tive esse contato, no mestrado. Distanciamento entre ESF e RAS Eu mesmo sinto falta da ligação com uma equipe do NASF que agora é EMULTI, né? Quando eles juntam com a gente, ajuda bastante. Com toda esse jogo político, é bem difícil, integrar a equipe e fazer projetos em comum com toda a equipe. E te dizer, tem muitos casos assim, que se trabalhássemos juntos, iríamos contribuir bastante	Diferença

							para melhorar a vida de muitas pessoas.	
Educação Permanente em Saúde como estratégia (ou ausência) no processo de trabalho	Práticas descontextualizadas Acho que nada mais é do que seguir fazendo as atividades de educação em saúde. Por exemplo, as salas de espera, as atividades do PSE, ir nas escolas levar os kit de higiene para as crianças. Alguma ação educativa no bairro, a comunidade necessita de alguma campanha, tipo hiperdia.	Desconhecimento da política A educação permanente era pra ser mais ativa, já que acontece quando temos mais atividades de educação, então só fazemos sala de espera e o PSE. Tem que trazer mais atividades principalmente em conjunto com a saúde. Né, trazer palestras. Já tem, tem alguns eventos, mas eu acho que é necessário trazer mais. Não vou mentir porque a única coisa que temos de educação permanente é o PSE, quando vamos e fazemos as atividades com as crianças.	Práticas descontextualizadas De educação fazemos essas capacitações e são legais, como a capacitação que teve aqui sobre sífilis, que a UEFS trouxe da última vez. É bom essas capacitações pra gente ter ideia, porque são coisas do nosso dia a dia, né?			Desconhecimento da política De educação mesmo, a única coisa que faço de educação são duas, sala de espera e orientar os pacientes, para melhorar alguns hábitos, ou o PSE que entra no cronograma de atividades. Ou então devo desconhecer se é isso mesmo		Convergência
				Negligência política Ter esse contato e fazer educação permanente não é fácil, o trabalho é desestimulante, mas temos que querer continuar. É quando eu saio da sala e sou da equipe de saúde. Mas aqui não temos esse incentivo, por conta das demandas e falta de	Negligência política Aqui no município não existe muito, nem na Secretaria, pelo menos nunca acho que saiu do papel essa iniciativa. Porém, a gente faz no posto com o que temos. E outra coisa que eu queria falar também é que a gente também faz ação em creche.		Negligência política A educação permanente pra equipe de saúde aqui nunca ouvi falar. Se eu fui em um ou dois encontros ano passado, foi muito. Sei que esses momentos são importantes, a gente pensar na prática, capacitações profissionais e inovar	Divergência

				estímulo, a equipe faz cada um o seu.			como equipe de saúde.	
							Ausência de responsabilização e negligência política Mas já andamos tão desmotivados, cada dia pode estar em um local, aí junta que também não tem estímulo da gestão. Aí nem me animo de participar.	Complementaridade
								Diferença
Síntese vertical	A síntese de CD01 revela uma profissional cujo discurso valoriza o cuidado ampliado, o acolhimento, o vínculo e a centralidade do usuário, aproximando-se, no plano declaratório, dos princípios da Atenção Básica; contudo, essa compreensão aparece mais como ideal de prática do que como fundamento efetivo da organização do trabalho, pois emergem fragilidades na apropriação dos indicadores em saúde bucal, na compreensão do trabalho interprofissional e da educação permanente em saúde, além de uma tendência a atribuir a baixa resolutividade a fatores externos, obscurecendo limites internos do próprio processo de trabalho,	A síntese de CD02 evidencia uma compreensão do trabalho em saúde centrada no procedimento técnico e na execução de atendimentos dentro dos limites da oferta local, o que faz com que o plano de tratamento também se organize de forma fragmentada, com forte dependência de encaminhamentos e baixa resolutividade. Embora a participante mencione acolhimento e vínculo, essas dimensões aparecem subordinadas à lógica técnica e à centralidade profissional na definição do cuidado, enquanto os indicadores são percebidos de forma superficial, mais associados ao cumprimento de metas do que ao planejamento crítico das ações. Além disso, o trabalho	A síntese de CD03 revela uma profissional cujo discurso se aproxima de uma concepção ampliada do cuidado, com valorização da centralidade no usuário, da escuta, do acolhimento e da construção de vínculo, indicando uma preocupação em reconhecer o paciente para além da dimensão técnica. Contudo, essa perspectiva se tensiona quando confrontada com a organização concreta do trabalho, marcada por compreensão superficial dos indicadores, uso pouco crítico desses instrumentos no planejamento e baixa resolutividade, especialmente diante de limitações estruturais que comprometem a continuidade do tratamento. Além disso, o trabalho interprofissional aparece de forma conceitualmente indefinida e operacionalmente fragmentada, com	A síntese de CD04 evidencia uma profissional fortemente comprometida com uma concepção ampliada do cuidado, valorizando acolhimento, vínculo, escuta e adaptação das condutas às necessidades concretas dos usuários, o que expressa importante centralidade ética no cuidado em saúde bucal. Contudo, esse compromisso se vê profundamente tensionado por limitações estruturais e pela precariedade da organização do serviço, que comprometem a continuidade dos tratamentos e reduzem a resolutividade, produzindo frustração tanto para a profissional quanto para os usuários. Soma-se a isso a quase inexistência de trabalho interprofissional e a fragilidade da educação permanente, marcadas pela baixa integração da equipe e pela desvalorização institucional, o que problematiza uma prática que, embora sustentada por forte implicação com o usuário, encontra barreiras materiais, organizacionais e	A síntese de CD05 revela uma profissional cuja prática se organiza predominantemente em torno do procedimento técnico e da resolução imediata das queixas, de modo que vínculo e escuta aparecem mais como apoio ao atendimento clínico do que como eixos estruturantes do cuidado. Nesse contexto, os indicadores são compreendidos de forma superficial, voltados ao cumprimento mínimo de metas, sem maior articulação com o planejamento das ações, enquanto a resolutividade se mostra limitada pela alta demanda, pela descontinuidade dos usuários e pela dependência de encaminhamentos. Somam-se a isso a fragilidade do trabalho interprofissional e a quase inexistência de educação permanente institucionalizada, o que problematiza uma prática ainda pouco integrada, com limites organizacionais e políticos que comprometem	A síntese de CD06 evidencia uma profissional cuja prática permanece centrada no procedimento clínico, ainda que seu discurso incorpore elementos de humanização, acolhimento e atenção ao território, os quais, porém, não chegam a se constituir como eixo organizador do processo de trabalho. Nesse contexto, a gestão dos indicadores e a continuidade do cuidado mostram-se fragilizadas por limitações estruturais, alta demanda, falta de insumos e problemas de infraestrutura, o que compromete a resolutividade e produz frustração para profissionais e usuários. Além disso, o trabalho interprofissional aparece de forma pouco definida e restrito a articulações pontuais, enquanto a educação permanente é compreendida de modo reduzido e desarticulado da reflexão crítica sobre a prática, o que problematiza a distância entre a intenção de um cuidado mais integral e uma organização do	A síntese de CD07 evidencia uma prática profundamente marcada pela precarização e pela instabilidade contratual, que fragilizam o vínculo com os usuários, desorganizam a relação com a equipe e reduzem o trabalho em saúde ao cumprimento funcional e à execução de procedimentos voltados à resolução imediata das demandas. Embora a participante reconheça, em nível ideal, a importância do acolhimento, do cuidado integral e da interprofissionalidade, esses elementos se mostram esvaziados na prática diante das interferências político-institucionais, da rotatividade profissional e do distanciamento entre a ESF e a rede de atenção. Soma-se a isso a quase inexistência de educação permanente e o baixo estímulo	

	como planejamento, integração da equipe e acompanhamento longitudinal, o que evidencia uma distância entre um discurso afinado com os princípios do SUS e uma prática ainda marcada por limites conceituais, organizacionais e formativos.	interprofissional é reduzido a contatos pontuais e encaminhamentos, e a educação permanente em saúde aparece esvaziada de seu sentido reflexivo, sendo confundida com ações isoladas, o que problematiza uma prática ainda pouco integrada, com fragilidades conceituais e limitada incorporação de estratégias capazes de ampliar a integralidade do cuidado.	articulações pontuais e fragilidades na relação com a rede, enquanto a educação permanente é percebida apenas em momentos isolados, sem conexão mais orgânica com o cotidiano. Desse modo, a problematização central está no fato de que, embora haja forte adesão discursiva ao cuidado centrado no usuário, persistem limites estruturais, organizacionais e conceituais que restringem a integralidade do cuidado e a consolidação de práticas colaborativas.	políticas que restringem a integralidade do cuidado e enfraquecem a construção coletiva do trabalho.	a continuidade e a integralidade do cuidado.	trabalho ainda marcada por limites estruturais, organizacionais e conceituais.	institucional, o que problematiza um processo de trabalho atravessado por condicionantes estruturais e políticos que limitam a continuidade, a integração e a resolutividade do cuidado.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro 1 (Continuação) - Análise de Conteúdo Temática: Profissionais das Equipes de Saúde Bucal e Informante chave da gestão

Categorias empíricas		ASB01	ASB02	ASB03	TSB04	TSB05	ICG	Síntese horizontal
Entre os horizontes do cuidado ampliado, a centralidade no procedimento e (des) organização das práticas	Trabalho em saúde e organização da prática			Cuidado ampliado Trabalho em saúde bucal, eu acho que é fundamental, né? Acho que as pessoas, elas não dão tanta importância, não tem a valorização que deveria.	Cuidado ampliado Para mim, é proporcionar melhora na saúde da população. Você vê a felicidade do povo em poder se tratar gratuito			Convergência

		Centralidade no procedimento Ajudar o povo, né? Com o nosso trabalho. Aqui... Eu faço auxílio nos procedimentos, pego os prontuários dos pacientes, acolho, faço aquele primeiro momento, pego as fichas, cuido do material, a esterilização, toda a manipulação dos instrumentais e material também de consumo.	Centralidade no procedimento Gosto da minha função. Acho que deveria ser mais ampla. Acho que deveria suprir mais a necessidade das pessoas. Dentro da sala, o meu trabalho é deixar a sala limpa, organizada, deixar instrumentais limpos, esterilizados e manter tudo pronto pra Doutora.			Centralidade no procedimento ...Ver o trabalho em saúde realizado é gratificante, você ver que as coisas estão dando certo. Às vezes você pensa que é uma bobagem, uma bobagem típica, mas que faz muita diferença. A gente começou a perceber por exemplo, que o dentista precisa do raio-x para determinadas coisas, então instalamos os aparelhos. Estou falando da coisa que a gente acha que é besteira mas que agiliza muito a vida dos profissionais.	Divergência
			Cuidado ampliado Porque é o momento da nossa prática, é quando recebemos o paciente sem pensar apenas no procedimento, mas de que maneira vamos resolver a sua necessidade para cuidar bem deles.				Complementaridade
					Cuidado ampliado Pra mim, é o que a gente faz todo dia, é acolhimento, tratar bem ao próximo, né? E a comunidade, todas as comunidades precisam, ainda que é uma comunidade muito carente. Então, eu me sinto privilegiada de estar aqui, atender ao público, para ajudar.		Diferença

	Plano de tratamento	Verticalidade das práticas	Verticalidade das práticas	Verticalidade das práticas		Verticalidade das práticas		Convergência
		A responsabilidade maior fica com a doutora, mas aí ela sempre me faz ver se as demandas estão seguindo um grau de prioridade e aí depois senta com o paciente pra explicar e orientar.	A Doutora elabora e me entrega o plano e aí eu digito as etapas no sistema, de maneira que fique bem detalhadinho e possa entender quando o paciente vier fazer algo.	Normalmente sentamos juntos e as vezes discutimos, mas a doutora planeja, ela olha o que o paciente precisa e planeja, se tiver atividade fora do consultório aí essa parte eu faço um projetinho junto com a agente de saúde ou a enfermeira.		...o plano de tratamento eu só lanço no sistema, ela me passa as coisas que vamos fazer e no dia olha o procedimento, até porque é bastante gente e nem dá sempre um tempo para poder acompanhar todos os pacientes, e em que ponto...pode ter parado		
					Autonomia participativa			Divergência
					Doutora (X), me deixa muito confortável e participativa, tem momento que ela me questiona quais passos eu daria.. meio que acho que é pra me testar, e aí eu opino sem medo. E quando o paciente volta da primeira consulta, aí explicamos o porque ele precisa fazer algo primeiro ou que em algum momento vai necessitar de encaminhamento.			
								Complementaridade
	Administração dos indicadores em saúde bucal							Diferença
		Conhecimento superficial	Conhecimento superficial	Conhecimento superficial		Conhecimento superficial	Desconhecimento das atribuições e ausência de planejamento em saúde	Convergência
		A gente faz de acordo com a demanda. Temos que acompanhar as gestantes. E aí, junto com o pré natal da enfermagem, a gente também faz o acompanhamento. Aí eu registro as primeiras consultas, os tratamentos do dia, as extrações. Geralmente, é assim.	As metas, essas coisas assim. Nosso principal indicador no momento é a gestante. Aí nós temos o livro de gestante, todas as gestantes que a gente atende tem o livro. E temos um outro livro que é registrado dos pacientes normais.	Sim, temos alguns. Gestante mesmo, geralmente a gente atende no mesmo dia que o médico ou que a enfermeira, porque geralmente a gestante costuma fugir da gente. Aí, pra isso não acontecer, a gente atende no mesmo dia.		De indicador tem o PSE e as gestantes. Elas passam por eles primeiro, pelos médicos, e quando passam por lá, já entram e vêm pra cá. Aí eles vêm pra cá, eles não precisam pegar fila pra marcar, a gente já dá uma manda pra eles. Então ela tem prioridade. Já é um cronograma específico organizado pra elas.	Eles tem a produção deles, eles atendem, aí tem todos aqueles indicadores que até mudaram agora, os indicadores. Tipo, as gestantes, atividades de educação, restauração, menos extração. Eles pegam esses indicadores, tem um digitador na unidade que normalmente fica a cargo dessa etapa.	

					Conhecimento superficial Temos além do acompanhamento do pré natal com as gestantes, também tem os tratamentos concluídos que é muito difícil chegar pelos problemas que temos e aí Y (CD) ela registra os tratamentos preventivos, extrações, e quando há atividade em escola ou algo educativo, adiciona a escovação supervisionada também.			Divergência
								Complementaridade
								Diferença
	Visita domiciliar	Passividade na tomada de decisões A gente separa um turno na semana pra fazer... Então, toda semana meio turno do dia a gente passa, os agentes de saúde passam pra gente a demanda e a gente sai pra fazer o projeto. E assim, basicamente, como é organizada a visita, tipo, depende do caso, mas geralmente a gente vai fazer a avaliação e, se for possível, a gente faz a raspagem também lá, que é o que dá pra fazer.	Passividade na tomada de decisões A gente combina com a equipe da enfermeira e do médico, que caso normalmente, se o paciente solicitar, a gente vai. Normalmente, eles não solicitam, mas quando é necessário, quando há solicitação, a gente sempre acompanha, sempre faz. Na maioria quem facilita essa comunicação é o agente de saúde.	Passividade na tomada de decisões Nas visitas domiciliares, a gente geralmente recebe a demanda do agente de saúde que faz o levantamento dos pacientes com limitações para vir até nossa equipe, e aí a gente planeja e vai realizar o atendimento. Normalmente, realizamos escovação supervisionada com algum parente ou cuidador, e uma raspagem, as outras necessidades encaminhamos para o Centrinho, já que lá tem condições de realizar mais procedimentos.	Passividade na tomada de decisões Aí tem que ser com as agentes de saúde. Elas que solicitam e a gente vai até a casa.			Convergência
								Divergência
								Complementaridade
								Diferença

(Re) produção do cuidado em saúde bucal: afinal, de qual acolhimento e resolutividade estamos falando?	Cuidado			Centralidade no usuário O cuidado eu vejo que é tratar bem. Eu e a dentista mesmo, principalmente. sempre buscamos receber o paciente com acolhimento, com empatia, sempre tentar compreender o lado do paciente às vezes tem questões psicológicas.	Centralidade no usuário A gente entende o cuidado como atenção né? Às vezes, vira até psicóloga. No meu caso, que sou daqui do bairro, o cuidado começa por mim, antes de ir para a doutora. É nesse acolhimento que prático isso.	Centralidade no usuário Eu acho que, tipo assim, se eles, no caso, precisam da gente, precisam de uma atenção maior, né? Eu acho que é a atenção, o acolhimento. E, tipo assim, fazer o que está ao nosso alcance.	Convergência
						Fragilidades no acolher O cuidado é o centro do trabalho no SUS, eu digo a eles, vocês trabalham no SUS, o SUS é um lugar onde vão encontrar dificuldade de recurso, dificuldade com materiais, e vocês vão ter que superar isso.	Divergência
				Autonomia do usuário A gente tenta ficar atento para sempre acolher e traçar o melhor tratamento, de maneira que ele veja que também faz parte do próprio atendimento.	Centralidade no usuário A gente entende o cuidado como atenção né? Às vezes, vira até psicóloga. No meu caso, que sou daqui do bairro, o cuidado começa por mim, antes de ir para a doutora. É nesse acolhimento que prático isso.		Complementaridade
							Diferença
	Acolhimento e vínculo	Procedimento como cuidado Eu começo quando acesso a agenda ver se algum necessita de um atendimento diferencial. Depois eu recebo eles com maior atenção antes de ir para a dentista. Acolhimento	Procedimento como cuidado No acolhimento, eu sempre fico na frente, na recepção, já aguardando os pacientes marcados. Falo em questão de organizar os horários deles, falo direitinho, tiro dúvidas, pego a ficha, aí	Procedimento como cuidado Assim, ele vem para o primeiro atendimento, vamos dizer assim que ele é um paciente primeira vez, como é organizado assim, tipo, quando eu faço a marcação, eu dou as opções a ele.		Procedimento como cuidado Então, antes, a gente sempre conversa, né, pra ver como a gente vai atender o paciente. Porque não adianta, né, falar uma coisa e a dentista falar	Ausência de orientação e acolhimento da equipe Acolhimento e vínculo, é dever deles construir, é o que eu falei, o acolhimento em contato com a equipe, com os usuários, já começa o cuidado por aí.

		pra mim é isso. Alí no caso faço a ficha antes de passar para a dentista, ele se apresenta, e ele aguarda.	os pacientes, que é pra extração, independente de ser diabético ou não, a gente afere a pressão. Alí é feita uma triagem pelas técnicas e depois eu encaminho para o doutor.			outra, né? Então, é passar confiança para o paciente.	né? Do acolhimento, de prestar atenção.	
								Divergência
								Complementaridade
								Diferença
Resolutividade	Descontinuidade do cuidado A gente tem dificuldade de conseguir na maioria, mas às vezes até o paciente também não ajuda, porque ele vem aqui só resolver algo que tá incomodando. Assim, tem muita evasão, eles somem, e a gente não consegue concluir. Tem esses casos, né? E a falta de material ou quando quebra algum equipamento que dificulta bastante.	Procedimento como cuidado Os tratamentos de maneira geral finalizamos, mas se não faltasse material a gente adiantaria mais. Também existe muito caso de evasão de paciente, paciente que vem só resolve uma coisa, vamos dizer, está com dor, aí veio, extraiu, restaurou e sumiu. A adesão é boa, mas resolveu o problema, ninguém mais ver.						Convergência
				Descontinuidade do cuidado Pacientes que têm um plano de tratamento mais extenso é mais demorado, mas finalizamos, que precisa de várias raspagens, cirurgias, restaurações, geralmente colocamos na escala o paciente de acordo com a necessidade e maior prioridade.		Negligência da gestão Esse ponto talvez seja a minha maior dificuldade. Vou te dizer. A minha maior dificuldade são duas. Uma, sensibilizar o nosso setor de compras. A odontologia é técnica. Se faltar ar, o compressor não tem. Se faltar energia, não tem. O médico bota o paciente na maca, osculta e faz a consulta. O dentista, sem a cadeira, sem a energia, sem a água, sem o material, não...faz, não caminha.	Divergência	

				Insuficiência estrutural Então, tem paciente autista, por exemplo, que a doutora, ela tenta, ela dá o máximo, ela conversa, mas às vezes não consegue, e aí não atende e nem faz o que eles precisam. No Centro tem Odontopediatra, mas acho que é difícil ter vaga, ou conseguir resolver lá.	Insuficiência estrutural Aí quando é um paciente, assim, que precisa de outras demandas, é bem raro finalizar, por que muitas vezes temos que mandar para o Centro, aí vamos fazer uma limpeza e tem canal ou prótese pra fazer, depois de seis meses e lá nem chamou ainda.			Complementaridade
				Descontinuidade do cuidado Em partes, por que tem a questão de encaminhar os pacientes com necessidades especiais. A gente não tem para onde encaminhar esses pacientes. E aqui na comunidade que a gente trabalha, tem muito paciente que necessita.				Diferença
Trabalho Interprofissional em Saúde Bucal: entre a distância de prática colaborativa e a indefinição conceitual		Ausência de prática colaborativa Aqui, geralmente, a gente faz dessa forma. A gente identifica que o paciente tem essa condição, vai até a médica, faz o caso e, a partir daí, ela começa a acompanhar o paciente. Na maioria das vezes, é algum diabético descompensado ou então algum paciente que a pressão não controla e aí a gente passa para os médicos e eles resolvem. Mas na reunião mensal, não tem nada todo mundo junto, tipo multiprofissional, né, como se diz.	Ausência de prática colaborativa Acontece na marcação, mas tipo, vem uma criança e passa pelo médico que tá com febre, aí o doutor avalia e vê que tá com algo, tá com alguma coisa na boca, encaminha pra gente, mesmo que não esteja marcada, a gente atende, dá suporte. Aí é sempre compartilhada, a gente sempre conversa, de maneira multiprofissional mesmo.	Indefinição conceitual Geralmente fazemos reuniões mensais para discutir alguma demanda da Secretaria ou algo que a enfermeira tem para nos passar. A depender se o médico ou a enfermeira ver alguma demanda nos encaminha o paciente	Indefinição conceitual Temos reunião de equipe todo mês, no final do mês. Fazemos como no PSE, fora do posto. Aí vai a médica, enfermeira, a gente vai nas escolas, nas creches. E aí, normalmente, quando tem essas reuniões, discute algum caso específico de um paciente, mais de um, ou discute outras coisas, né? Outras coisas a respeito da unidade.	Ausência de prática colaborativa Se existe esse termo ou um projeto que a Prefeitura disse, não conheço. Até as coisas em conjunto pra acontecer é difícil. Cada um vai fazendo seu pouquinho, na medida do possível.	Indefinição conceitual e ausência de responsabilização Eu tento, realmente eu tento fazer com que eles entendam que a unidade de saúde é uma unidade multidisciplinar, e que as pessoas precisam se ajudar.	Convergência
								Divergência

							Complementaridade
							Diferença
Educação Permanente em Saúde como estratégia (ou ausência) no processo de trabalho	Práticas descontextualizadas	Práticas descontextualizadas	Práticas descontextualizadas		Desconhecimento da política	Desconhecimento da política	Convergência
	Eu acho que educação permanente, se for as atividades aqui e PSE diretamente não. Mas sempre existe alguns cursos, campanhas, algumas coisas, né?	Sim, sempre temos reuniões em associações, creches, escolas, a gente se encontra nesses momentos. Afinal, educação é isso. Que aí estão dentro das atividades de educação e saúde, né? Tipo o PSE, tipo assim, em relação as visita às escolas.	De educação aqui fazemos sala de espera e as vezes atividades na Escola quando solicitam. Mas no geral ficamos na sala para agilizar as demandas dos atendimentos.		Temos bastante. A dentista escolhe os temas das salas de espera e quando as escolas pedem para fazer uma atividade ou outra.	As dentistas que trabalham no Centro de especialidades. Às vezes eu pego ela e peço, oh... vou reunir os dentistas que trabalham nas Unidades, você vai dar uma aula sobre urgência e emergência, medicação para remover a dor do paciente, o buco maxilo, vamos lá, tratamento e medicação em pacientes com abscesso, alveolite, celulite.	
							Divergência
						Negligência política	Complementaridade
						O núcleo de educação permanente não avançou. A gente está na parte burocrática. O que a gente tem feito? Em saúde bucal.	
							Diferença
Síntese vertical	A síntese de ASB01 evidencia uma prática marcada por inserção subordinada e fortemente tecnicista no processo de trabalho, na qual o cuidado é compreendido sobretudo como execução de etapas do atendimento e apoio operacional à prática da cirurgia-dentista, com acolhimento reduzido à recepção inicial do usuário. Nesse contexto, o plano de tratamento se organiza de forma verticalizada, com baixa autonomia da auxiliar,	A síntese de ASB02 revela uma inserção marcada pelo tecnicismo e pela subordinação no processo de trabalho, em que a participante atua sobretudo no apoio operacional ao atendimento, na organização do ambiente e na execução de registros, com pouca participação nas decisões sobre o cuidado. Nessa lógica, o acolhimento se reduz à recepção e ao ordenamento do fluxo, os indicadores são compreendidos apenas	A síntese de ASB03 evidencia uma participante que, em seu discurso, se aproxima de uma concepção mais ampliada do cuidado ao valorizar acolhimento, empatia e atenção às necessidades do usuário para além do procedimento, mas cuja atuação permanece inserida em uma lógica verticalizada, com pouca participação no planejamento e centralidade decisória na cirurgia-dentista. Nesse contexto, os indicadores são	A síntese de TSB04 evidencia uma participante que se aproxima de uma concepção mais ampliada do cuidado ao valorizar acolhimento, vínculo, proximidade com a comunidade e centralidade no usuário, assumindo inclusive papel mais participativo na construção do cuidado, embora a decisão final permaneça concentrada na cirurgia-dentista. Ainda assim, essa prática encontra limites importantes, pois a	A síntese de TSB05 revela uma participante que valoriza o cuidado ampliado, o acolhimento e a atenção ao usuário, demonstrando compromisso com a comunidade, mas cuja atuação permanece limitada por uma organização do trabalho verticalizada, com pouca participação no planejamento e forte dependência das decisões da cirurgia-dentista. Nesse cenário, os indicadores são compreendidos de modo superficial, o acolhimento	A síntese do ICG evidencia uma perspectiva gerencial centrada na dimensão técnica, estrutural e operacional do serviço, com pouca apropriação do planejamento em saúde e dos indicadores como instrumentos de condução do cuidado. Nessa lógica, o acolhimento aparece mais como responsabilidade individual dos profissionais do que como diretriz institucional, enquanto a resolutividade é fortemente comprometida por	

	compreensão superficial dos indicadores e participação restrita ao registro e cumprimento de rotinas, enquanto a resolutividade é tensionada pela descontinuidade do cuidado, pela evasão dos pacientes e por limitações estruturais do serviço. Além disso, o trabalho interprofissional aparece de modo incipiente e a educação permanente surge desarticulada do cotidiano, o que problematiza uma inserção profissional ainda fragmentada, pouco participativa e com baixa potência para contribuir na construção de um cuidado mais integral e articulado.	como metas e registros, e a resolutividade permanece condicionada ao procedimento e vulnerável às limitações estruturais e à evasão dos usuários. Além disso, o trabalho interprofissional aparece de forma incipiente e a educação permanente é entendida de modo descontextualizado, o que problematiza uma prática fragmentada, com baixa autonomia e limitada capacidade de contribuir para um cuidado mais integral e articulado.	compreendidos de forma superficial e o cuidado, embora incorpore elementos de centralidade no usuário, ainda se materializa de modo parcialmente organizado pelo procedimento, enquanto a resolutividade é tensionada por limitações estruturais e fragilidades da rede de atenção, especialmente nos casos que exigem maior suporte assistencial. Somam-se a isso a indefinição do trabalho interprofissional e a compreensão descontextualizada da educação permanente, o que problematiza uma prática que sinaliza sensibilidade para o cuidado ampliado, mas ainda encontra barreiras organizacionais e estruturais que limitam a integralidade e a continuidade do cuidado.	compreensão dos indicadores é superficial, a resolutividade é comprometida pela descontinuidade dos casos mais complexos e o trabalho interprofissional, embora reconhecido, permanece conceitualmente indefinido e restrito a interações pontuais. Desse modo, a problematização central está no fato de que, mesmo com avanços na dimensão relacional e na participação da técnica em saúde bucal, persistem fragilidades organizacionais, estruturais e conceituais que limitam a integralidade e a continuidade do cuidado.	ainda se vincula à lógica do procedimento, e tanto o trabalho interprofissional quanto a educação permanente aparecem fragilizados ou reduzidos a ações pontuais. Assim, a problematização central está na distância entre a intenção de um cuidado centrado no usuário e uma prática ainda fragmentada, com baixa autonomia, pouca integração em equipe e limitações na organização do trabalho.	problemas de gestão, falta de insumos e entraves administrativos. Soma-se a isso uma compreensão genérica do trabalho interprofissional e uma educação permanente pouco institucionalizada, o que problematiza uma gestão que, ao priorizar a viabilização técnica do serviço, fragiliza a integração da equipe e limita a construção de estratégias mais consistentes para fortalecer a integralidade e a qualidade do cuidado.	
--	---	--	--	---	---	--	--

Quadro 2 - Análise de Conteúdo Temática (Usuários dos serviços de saúde)

Categorias empíricas	U01	U02	U03	U04	U05	U06*	U07	U08	Síntese horizontal
Entre os horizontes do cuidado ampliado, a centralidade no procedimento e (des) organização das práticas	Percepção centrada no atendimento No primeiro dia do pré-natal, eu passei por uma avaliação odontológica. Mas aí, dessa avaliação, fui encaminhada para extração. Eu tenho até outros procedimentos para fazer, porém, eu não posso fazer, porque seria extração e por conta da gestação e eu sou alérgica também a todos os tipos de anestésicos	Fragilidade estrutural Aí, no caso, fez uma avaliação antes, aí viu a necessidade, o tratamento. Preciso de limpeza, porque a restauração eu fiz particular porque estava doendo e aqui no posto a Doutora disse que aquele material acabou.	Percepção centrada no atendimento Vou falar em geral da minha boca. É a falta só da marcação da dentista mesmo, entendeu? De ter mais oportunidade no mês para a gente marcar para resolver a questão bucal. Porque geralmente só marca tipo assim no mês, só marca para uma ou duas pessoas da casa. Aí só pode passar	Fragilidade estrutural As pessoas atendem bem, fazem o que precisa, mas é um quebrar de sala e não tem material todo dia. Voltei pra extrair 3 vezes. E isso fica ruim pra toda vez marcar.	Trabalho centrado no atendimento Eu fiz uma avaliação e precisou de limpeza e restauração, aí foi rápido, ela trabalha certinho. Mas também tem dia que demora bastante. Aí eu não venho tanto assim...	Afetividade e vínculo Ele ficou bem a vontade com ela. Depois de avaliar os dentes de leite, ele precisou de uma limpeza e ganhou um kitzinho, e na creche quando ela teve lá ele conheceu a Doutora dele.	Fragilidade estrutural O tratamento das meninas é bom, ruim é que direto quebra e aí falta as coisas e aí demora demais pra gente poder fazer uma coisa de necessidade.		Convergência

	utilizados...não posso fazer agora.		uma ou duas vezes no mês, entendeu?						
									Divergência
								Fragilidade estrutural Eu aqui fui atendida várias vezes, por dentistas diferentes, e mesmo com dificuldade fiz as extrações, porque minha pressão não controlava e as meninas foram pacientes comigo.	Complementaridade
									Diferença
(Re) produção do cuidado em saúde bucal: afinal, de qual acolhimento e resolutividade estamos falando?	Acolhimento e comunicação Então, eu gostei das marcações, né, que eles são muito gente boa, assim, não tinha muita dificuldade. A consulta a gente já consegue agendar para o próximo mês. E o acompanhamento, né, se houver alguma mudança, a gente se comunica.	Acolhimento e comunicação Muito bacana, tipo assim, sempre que eu precisei, dizer tanto pra gente, resolver alguma coisa, ela me orienta, alguma coisa, me comunica. Ir lá, se estiver sentindo e aí a gente vai e entra em contato.			Acolhimento e comunicação Eu acho que elas cuidam bem, a atenção e a paciência fazem a diferença. Tipo, você se sentir bem é ótimo rsrs...Além disso, tudo que preciso elas resolvem e me sinto bem acolhida aqui.	Acolhimento e comunicação É ótimo quando a gente se sente a vontade, tipo, ver meu filho de criança já sabendo escovar e não sofrer com dor igual a mim. Eu acho que ele nunca vai ser igual a mãe que antes tinha trauma de ir em dentista.	Acolhimento e comunicação A equipe cuida muito bem, sempre fazem o possível para atender. Só quando as coisas faltam né? A maneira como tratam a gente, atendem, nos recebem bem, cuidam né...isso faz a diferença.		Convergência
			Insatisfação e conflito Depende muito viu, precisa é ser paciente, ouvir, responder adequadamente, não num tom de ignorância como que já teve aqui. É basicamente isso.						Divergência
								Vínculo precário e fragilidades no acolhimento Eu poderia dizer	Complementaridade

								que a da parte da enfermeira sim não tem o que falar, mas deve ter sido pra mais de 4 dentista, tinha uma mesmo que se dava bem com todo mundo, pense, mas do dia pra noite disse que saiu pra um lugar aí...é ruim que todo dia tem uma pessoa e pega a sua ficha de onde parou, nem sabe os problema que tu tem e aí vai perguntar tudo de novo.	
									Diferença
			Efetividade do cuidado É...Agora ta começando uma dor de dente, eu espero que seja resolvida. Mas pela doutora, sim, ela resolve. Ela é uma boa dentista, uma profissional.	Barreiras estruturais As vezes viu, se assim, for algo mais simples acho que conclui, mas se faltar as coisas, você fica assim, um tempo...é como se a gente pudesse ficar com a boca doendo.	Efetividade do cuidado O que eu tinha para resolver por aqui, conseguir ser atendida, fizeram tudo certinho e hoje sinto minha boca melhor né... mas tenho que continuar cuidando,		Descontinuidade do cuidado Dizer que meu problema não foi atendido, é mentira. Só que poderia ser bem mais rápido, a falta de coisas afeta muito. Atrasa o tratamento, dificulta. Se as coisas andassem certinhas, sem quebrar ou faltar materiais, acredito que seria tudo bem melhor.		Convergência
	Barreiras estruturais Então, houve uma falhazinha, né, assim, se eu preciso de outras coisas para fazer, essas informações não foram passadas. Mas, como também eu já tinha buscado outras pessoas, eu já sei como cuidar. Mas, assim, então, houve essa falha, mas em relação, tipo, a causa da situação que necessita, ela me orientou o que	Responsabilização Eu fiquei precisando voltar, e eu enrolei, né? Depois que ela resolveu o problema da gengiva. Falou, volte. E aí não voltei. Eu que não vou mentir.							Divergência

	precisava fazer e tal e tal.								
					Descontinuidade do cuidado ...só achei ruim de precisar ir para o serviço do centro que é público, mas não resolveu lá, aí você precisar ir para o particular gastar o que não tem, aí não é bom não menino.			Descontinuidade do cuidado Já aqui as coisas que precisei tem mais de ano na fila do Centro e essa prótese não fiz ainda, mas esperar né, não tenho como ir no particular, se não, já teria resolvido...	Complementaridade
								Cuidado em RAS Lá na UEFS foi 15 dias e só precisei voltar para pegar o resultado. Que bom que meu afilhado me levou e não foi coisa grave.	Diferença
Síntese vertical	A síntese de U01 evidencia uma usuária que percebe o cuidado principalmente a partir dos procedimentos realizados e da possibilidade concreta de atendimento, valorizando o acolhimento, a comunicação e o acesso facilitado, o que indica experiência positiva na dimensão relacional. Contudo, essa percepção também revela limites importantes, pois a resolutividade se mostra comprometida por barreiras estruturais e falhas na orientação sobre a continuidade do tratamento, de modo que o cuidado aparece como parcialmente	A síntese de U02 evidencia uma usuária que reconhece positivamente o acolhimento, a comunicação e a relação com a equipe, mas cuja experiência de cuidado é fortemente atravessada por fragilidades estruturais, especialmente a falta de insumos, que compromete a realização do tratamento no serviço público e a leva a buscar alternativas no setor privado. Ao mesmo tempo, a resolutividade aparece apenas de forma parcial, pois a continuidade do cuidado é atribuída tanto aos limites do serviço quanto à própria usuária, o que revela um cuidado	A síntese de U03 evidencia uma usuária cuja percepção do cuidado está fortemente marcada pelas dificuldades de acesso, especialmente pela limitação de vagas e pelos obstáculos na marcação, o que tensiona sua experiência no serviço. O acolhimento aparece de forma ambígua, com fragilidades na comunicação e sinais de insatisfação na relação com a equipe, embora a resolutividade clínica seja parcialmente reconhecida pela confiança depositada na capacidade técnica da profissional. Assim, a problematização central está no fato	A síntese de U04 evidencia uma usuária cuja experiência de cuidado é fortemente atravessada por fragilidades estruturais e problemas na organização do serviço, especialmente pela falta de materiais, o que compromete a continuidade do atendimento e limita a resolutividade. Embora reconheça o esforço da equipe em prestar assistência, sua percepção revela que o cuidado permanece dependente das condições concretas de funcionamento do serviço, produzindo repetição de consultas e permanência da dor, o que problematiza uma prática que, apesar da boa intenção dos profissionais, não consegue assegurar resposta efetiva e contínua às	A síntese de U05 evidencia uma usuária que percebe positivamente o cuidado recebido na unidade, valorizando a atenção, o acolhimento, a paciência e a boa comunicação da equipe, além de reconhecer melhora em sua condição de saúde bucal, o que sinaliza resolutividade no âmbito local. Contudo, essa experiência se fragiliza quando o cuidado depende de encaminhamentos, momento em que emergem descontinuidade assistencial e limitações da rede	A síntese de U06 evidencia uma experiência de cuidado fortemente marcada pela afetividade, pelo vínculo e pela construção progressiva de confiança no atendimento odontológico infantil, com destaque para um acolhimento percebido de forma muito positiva pelo responsável, especialmente pela boa comunicação e pelas estratégias que ajudam a reduzir medos e tornar a criança mais familiarizada com o serviço. Assim, a problematização central está no fato de que o cuidado é reconhecido não apenas por sua dimensão técnica, mas também por sua	A síntese de U07 evidencia uma usuária que avalia positivamente o acolhimento, a comunicação e o esforço da equipe, reconhecendo a qualidade relacional do atendimento e certa capacidade de resposta do serviço; contudo, sua experiência de cuidado é fortemente tensionada por fragilidades estruturais, como falta de materiais e problemas de infraestrutura, que atrasam, interrompem e dificultam a conclusão do tratamento. Assim, a problematização central está no contraste entre um cuidado bem avaliado na dimensão relacional e uma rede	A síntese evidencia uma usuária cuja experiência de cuidado é marcada por fragilidades estruturais e pela alta rotatividade profissional, fatores que comprometem a continuidade do tratamento, dificultam a construção de vínculo e produzem sensação de atendimento fragmentado, com repetição de informações e instabilidade na relação com a equipe. Embora o acolhimento seja reconhecido de forma positiva em situações pontuais, ele se mostra desigual e enfraquecido pela descontinuidade dos profissionais, enquanto a resolutividade permanece limitada,	

	satisfatório, mas ainda fragilizado em sua integralidade e na condução mais ampliada das necessidades de saúde bucal.	satisfatório na dimensão relacional, porém ainda fragilizado quanto à integralidade, à continuidade e à capacidade de resposta efetiva às necessidades de saúde bucal.	de que, mesmo havendo reconhecimento da efetividade do atendimento odontológico, persistem barreiras de acesso e limites relacionais que fragilizam a experiência do cuidado em sua dimensão mais integral.	necessidades de saúde bucal.	de atenção, levando inclusive à busca por atendimento particular. Assim, a problematização central está no contraste entre um cuidado bem avaliado no espaço da unidade e os limites da integralidade e da continuidade do tratamento para além dela.	potência relacional, preventiva e educativa, mostrando que a produção do cuidado em saúde bucal pode ter efeitos importantes na formação de hábitos e na aproximação da criança com o serviço.	de atenção limitada em suas condições concretas de funcionamento, o que compromete a continuidade e enfraquece a resolutividade do cuidado em saúde bucal.	sobretudo pelo difícil acesso à atenção especializada e pelas longas esperas na rede. Assim, a problematização central está no fato de que o cuidado em saúde bucal aparece fortemente condicionado por problemas organizacionais e estruturais que fragilizam a coordenação da atenção, a continuidade do tratamento e a integralidade do cuidado.	
--	--	---	--	-------------------------------------	--	---	---	--	--

ANEXOS

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Fone: (75) 3224-8124 Fax: (75) 3224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 29 de dezembro de 2010
Of. CEP-UEFS nº 332/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Profº Dr. Márcio Campos Oliveira

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado "**Levantamento das condições de Saúde Bucal e organização do trabalho das equipes de Saúde Bucal no território do Sisal**", registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 097/2010, CAAE 0096.0.059.000-10**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(29/12/2011)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Profª. Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRINHA - BA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESAUS)****DECLARAÇÃO**

Eu, _____, Secretário de Saúde de Serrinha - Ba, declaro que fui informado dos objetivos do projeto de pesquisa intitulado **"PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE SERRINHA - BAHIA"**, de autoria de Matheus Sousa Santos, discente do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (MPSC-UEFS), dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa nesta instituição.

A SESAUS de Serrinha assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à fidelidade de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro ciência de que nossa instituição é colaboradora do presente projeto de pesquisa, e reforço o compromisso do pesquisador responsável com a confidencialidade e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados. Autorizo, ainda, a citação do nome da instituição e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Serrinha - Ba, 14 de fevereiro de 2025.

Assinatura do Secretário de Saúde

Alexandro dos R. Menezes
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 012 de 02/02/2025