



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO

**Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde
Bucal na Estratégia Saúde da Família.**

FEIRA DE SANTANA, BA

2026

JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO

Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Dissertação submetida à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

FEIRA DE SANTANA-BA

2026

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Azevedo, Jamile de Oliveira

A987p Percepção da equipe de saúde sobre o trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família / Jamile de Oliveira Azevedo. – 2026. 108f. : il.

Orientadora: Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

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

1. Saúde bucal. 2. Prática Profissional. 3. Atenção Primária à 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

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO

**Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal
na Estratégia Saúde da Família.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Data da aprovação: 26/06/2026

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
Orientadora (UEFS)

Profa. Dra. Claudia Cerqueira Graça Carneiro
Membro Interno (UEFS)

Profa. Dra. Patrícia Elizabeth Souza Matos
Membro Externo (UESB)

FEIRA DE SANTANA-BA

2026

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me conceder a graça de chegar até aqui. Ao longo desta trajetória, mesmo diante dos desafios e incertezas, das dúvidas e das dificuldades encontradas, fui agraciada com oportunidades, aprendizados e encontros que tornaram essa caminhada possível e profundamente significativa.

À minha família e ao meu noivo, expresso minha mais sincera gratidão pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo e pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar, mesmo desejando estar presente.

Aos meus amigos, agradeço por acreditarem em meu potencial, pelas palavras de conforto, encorajamento e perseverança. De alguma forma, cada um contribuiu para que eu seguisse em frente, confiando nos propósitos de Deus e buscando dar o meu melhor a cada etapa desta caminhada.

À minha orientadora, minha profunda gratidão pela confiança, acolhimento e generosidade. Mesmo diante de uma rotina intensa, sempre esteve me apoiando, oferecendo orientações valiosas, palavras de incentivo e motivação necessária para que eu acreditasse que seria possível. Sua contribuição foi fundamental para a construção deste trabalho e para meu crescimento ao longo do mestrado.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, agradeço pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos, participar de espaços de discussão e troca de experiências, conhecer diferentes realidades e construir amizades que levarei para a vida.

Ao município de Serra-Preta, minha terra natal e cenário desta pesquisa, expresso minha gratidão. Agradeço também a cada profissional que acreditou na proposta do estudo e colaborou de alguma forma para sua realização.

Por fim, agradeço a mim mesma por não desistir, por continuar caminhando em meio às dificuldades e incertezas e pela coragem de perseguir um sonho que hoje se torna realidade. Mais do que um título, este mestrado representa uma importante etapa do meu amadurecimento pessoal e profissional construído com dedicação, persistência e fé.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa jornada, meu sincero agradecimento.

“Tudo parece impossível até que seja feito”

-Nelson Mandela.

RESUMO

Introdução: Apesar das mudanças em direção a um modelo de atenção centrado no usuário e no trabalho em equipe, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas na Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda reproduz o modelo biomédico, ocorrendo em alguns cenários de maneira independente e distante da organização dos demais serviços de saúde. **Objetivo Geral:** Compreender a percepção da equipe de saúde sobre o trabalho da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil. **Metodologia:** A pesquisa de abordagem qualitativa, envolveu profissionais das equipes de saúde da família no âmbito da Estratégia Saúde da Família com pelo menos seis meses de experiência. Os critérios de exclusão empregados foram: trabalhadores de férias, de licença ou afastados (as) por motivos de saúde. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais e grupo focal, conduzidos com auxílio de roteiro semiestruturado, realizado em locais e horários previamente agendados. Os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra, com apoio da ferramenta TurboScribe para análise. A interpretação dos dados qualitativos se deu através da análise de conteúdo temática, que consiste em três etapas: Pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. **Resultados e Discussão:** Participaram do estudo 16 profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal do município, incluindo cirurgiões-dentistas, enfermeiras, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares em saúde bucal, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo. A análise dos discursos permitiu a construção de três categorias: Organização do processo de trabalho e condições de oferta do cuidado em saúde bucal; Dinâmica do trabalho em equipe e cuidado interprofissional; e Produção do cuidado e relação com os usuários. Os resultados evidenciaram o reconhecimento da importância da equipe de saúde bucal para o acesso, a integralidade do cuidado e o apoio às ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Também foram identificados desafios relacionados à adesão dos usuários, à integração interprofissional, à educação permanente e à incorporação de ações de vigilância em saúde bucal no processo de trabalho. Por fim, foi elaborado como produto técnico deste estudo um guia prático para interprofissionalidade direcionado às eSB e eSF do município, com o objetivo de explorar possibilidades para o fortalecimento das práticas interprofissionais colaborativas no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Considerações finais:** Conclui-se que, na percepção dos participantes, a equipe de saúde bucal ocupa um papel relevante na Atenção Primária à Saúde, sendo reconhecida como componente fundamental do cuidado integral e da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, as práticas desenvolvidas ainda permanecem fortemente influenciadas por uma lógica assistencial voltada ao atendimento individual e à resposta às demandas imediatas dos usuários, evidenciando a necessidade de fortalecer estratégias de planejamento, educação permanente e trabalho interprofissional no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Prática Profissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances toward user-centered care and teamwork, oral health practices in the Family Health Strategy (FHS) still largely reflect the biomedical model and, in some settings, remain disconnected from other health services. **Objective:** To understand health professionals' perceptions of the Oral Health Team's work within the Family Health Strategy in Serra Preta, Bahia, Brazil. **Methods:** This qualitative study included Family Health professionals with at least six months of experience. Workers on vacation, leave, or absent for health reasons were excluded. Data were collected through individual interviews and focus groups using a semi-structured guide. Sessions were audio-recorded, transcribed verbatim with TurboScribe, and analyzed through thematic content analysis, comprising pre-analysis, material exploration, and interpretation of findings. **Results and Discussion:** Sixteen professionals from Family Health and Oral Health teams participated, including dentists, nurses, physicians, community health workers, oral health assistants, nursing technicians, and an administrative assistant. Three categories emerged: organization of work processes and oral healthcare provision; teamwork and interprofessional care; and care delivery and user relationships. Participants recognized the Oral Health Team's contribution to access, comprehensive care, and support for FHS actions. Challenges included user adherence, interprofessional integration, continuing education, and the incorporation of oral health surveillance into work processes. As a technical product, a practical guide for interprofessional collaborative practice was developed for local Oral Health and Family Health teams to strengthen collaborative practices in Primary Health Care. **Conclusion:** It was concluded that, from the participants' perspective, the Oral Health Team plays a relevant role in Primary Health Care and is recognized as a fundamental component of comprehensive care and the expansion of access to health services. Nevertheless, the practices developed remain strongly influenced by a care model focused on individual clinical care and on responding to users' immediate demands, highlighting the need to strengthen planning strategies, continuing education, and interprofessional work in the daily routine of health services.

Keywords: Oral Health. Professional Practice. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ASB	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CD	CIRURGIÃO-DENTISTA
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
DCN	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
eSB	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
eSF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
eAPS	EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNSB	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SESB	SERVIÇO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE BUCAL
TSB	TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL
UOM	UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL

SUMÁRIO

APROXIMAÇÃO AO TEMA	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. PRESSUPOSTO	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. Geral	15
3.2. Específicos	15
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1. Estratégia Saúde da Família como política prioritária no cuidado.....	16
4.2. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: inserção, práticas e desafios	17
4.2.1. A equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família	17
4.2.2. Práticas da equipe de Saúde Bucal na ESF	18
4.3. Prática interprofissional colaborativa entre a eSB e a eSF.....	20
5. METODOLOGIA	22
5.1. Desenho do estudo	22
5.2. Campo da pesquisa.....	22
5.3. Caracterização do cenário de estudo	23
5.4. Participantes da pesquisa.....	24
5.5. Produção dos dados	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8. PRODUTO TÉCNICO DESENVOLVIDO - “GUIA PRÁTICO PARA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”	66
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS	71
APÊNDICES.....	77

APROXIMAÇÃO AO TEMA

A escolha do tema foi se moldando ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Durante a graduação, apesar das disciplinas de saúde coletiva, os componentes curriculares da minha instituição formadora ainda eram muito clínico-centrada e limitada ao núcleo de saber odontológico. Praticamente não existiram trabalhos multi ou interprofissionais que pudessem despertar dos discentes o interesse e a visão pelo cuidado integral.

Foi durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Feira de Santana (RESMSF-UEFS) que tive a oportunidade de vivenciar na prática a importância da atuação do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde (SUS). Trabalhando com uma equipe multiprofissional, percebi o amplo campo de possibilidades que esse profissional possui no SUS e como essa atuação impacta na qualidade de vida das pessoas, sendo fundamental para meu crescimento pessoal e profissional.

A Residência me permitiu estar em uma posição privilegiada de profissional em formação, quando tive a chance de colocar em prática o que a política de saúde bucal preconiza: uma atenção integral à saúde bucal no âmbito do SUS. Nesse contexto, pude realizar atividades como: visitas domiciliares, atendimentos clínicos, consultas compartilhadas multi e interprofissionais, levantamento epidemiológico, educação permanente, educação em saúde, além de planejamento e gestão em saúde. No entanto, a realidade para muitos colegas de profissão que atuam no serviço é bastante diferente e são diversos os fatores que distanciam esses profissionais de uma prática de cuidado mais ampliada no âmbito do SUS.

A partir da minha inserção no serviço, agora como profissional atuando junto à equipe de saúde bucal em um município de pequeno porte do semiárido baiano, percebi a importância de compreender o processo de trabalho das equipes de saúde bucal (eSB) e a integração dos serviços de saúde bucal na APS, de modo a entender como as equipes compreendem e como se dá, de fato, a prática das eSB no SUS, uma vez que essa dinâmica de trabalho gera impactos diretos no cuidado prestado às populações e nas relações interprofissionais e colaborativas estabelecidas entre as equipes.

Deste modo, meu interesse em investigar ou contribuir para atuação das equipes de saúde bucal no SUS se intensificou, com o objetivo de contribuir para um sistema de saúde mais coeso e eficaz, onde o trabalho em equipe e a interprofissionalidade sejam valorizados e promovidos e que o cuidado em saúde bucal ofertado na APS seja desenvolvido de forma integral e condizente com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), gerando mais qualidade de vida para os indivíduos.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um marco fundamental na estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, definindo diretrizes e princípios que orientam a organização e o funcionamento da APS. A PNAB vigente, estabelecida pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, reforça o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas também reconhece novas formas de composição das equipes da APS, para além do modelo exitoso da ESF, a exemplo das equipes de Atenção Primária (eAP) e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Essas novas configurações contam com um menor número de profissionais e visam a flexibilização e adaptação das equipes às necessidades locais, priorizando a população com maior risco e vulnerabilidade (Brasil, 2017; Silva, 2024; Silva, 2021).

A ESF, anteriormente denominada de Programa Saúde da Família (PSF), representa uma mudança significativa no modelo assistencial da APS no Brasil. Por meio de equipes multiprofissionais, busca desenvolver uma abordagem integral e resolutiva através das práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco no cuidado centrado nas famílias e na participação comunitária (Lucas, 2019; Costa, 2020; Fusco *et al.*, 2023).

Inicialmente, as equipes da ESF (EqSF) eram compostas apenas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, conhecida como equipe mínima. No entanto, visando a melhoria dos indicadores epidemiológicos e o aumento do acesso às ações de saúde bucal pela população, ocorreu a inclusão das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF como opcional, a critério do gestor, através da Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000 (Brasil, 2000; Lucas, 2019; De Andrade *et al.*, 2023).

Essas equipes compostas por cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos em saúde bucal, foram inseridas na ESF com o objetivo de atuar nas condições de saúde bucal e geral da população, possibilitando o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Para orientar as eSB, foi lançada em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também conhecida como “Brasil Sorridente”, que propõe uma reorganização da prática e qualificação das ações e serviços em saúde bucal oferecidos através da atenção básica (De Andrade *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2022).

Segundo a PNSB, as eSB não devem se limitar apenas ao aspecto biológico e ao trabalho tecnicista. Pelo contrário, devem perceber a realidade na qual o indivíduo está inserido, com um olhar que vai além da cavidade bucal, considerando o ser como algo complexo e interligado. Além disso, deve se integrar à equipe multiprofissional, promovendo a troca de saberes entre

todos os membros, de modo a incorporar a saúde bucal nas práticas de toda a equipe, desenvolvendo a compreensão e o cuidado integral (Leme *et al.*, 2019; Franco, 2019; Godoi, 2022).

A atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) requer que o profissional pense não apenas no sujeito-indivíduo, mas também no sujeito-coletivo. Para isso, o cirurgião-dentista (CD) deve possuir um conjunto de habilidades e atribuições essenciais na APS. Isso inclui planejamento, gestão, participação em grupos operativos, visitas domiciliares, levantamentos epidemiológicos, educação em saúde e atividades multiprofissionais, que devem ser realizadas com os demais membros da equipe, visando o trabalho interdisciplinar (Farias e Sampaio, 2010; Fernandes; Masiero; Kuhnen, 2015; Medeiros, 2022).

Apesar das mudanças em direção a um modelo de atenção centrado no usuário e no trabalho em equipe, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas na ESF ainda prioriza a assistência biomédica, ocorrendo em alguns cenários de maneira independente e distante da organização dos demais serviços de saúde (Godoi, 2022). Essa dificuldade pode estar relacionada a diferentes fatores, incluindo a inserção tardia da equipe de saúde bucal na ESF, a persistência de modelos formativos centrados em práticas individuais e tecnicistas e a elevada demanda assistencial, que podem limitar a integração entre os profissionais e comprometer a integração da eSB com os demais membros (Lourenço *et al.* 2009).

Assim, a justificativa para a realização deste trabalho parte do pressuposto de que a eSB desempenha um papel crucial na promoção da saúde bucal e na prevenção de doenças na APS, contudo, nota-se que a prática ainda é um grande desafio observado em muitos cenários da ESF. Isso leva à subutilização das possibilidades e recursos que a ESF pode proporcionar.

É essencial destacar essa atuação a partir do olhar da equipe, pois não foram encontrados muitos estudos recentes acerca da percepção da equipe de saúde sobre a atuação da eSB na ESF (Farias; Sampaio; 2010; Soares; Reis; Freire, 2013). Isso reflete a necessidade de socializar tais práticas para sensibilizar todos os profissionais envolvidos sobre a importância e as possibilidades que a eSB possui, fortalecendo assim o cuidado em saúde bucal na APS.

Diante disso, o trabalho se propõe a responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorrem as práticas da equipe de saúde bucal na ESF, considerando a integração e a interprofissionalidade do cuidado no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil?

2. PRESSUPOSTO

A integração entre a equipe de saúde bucal e os demais membros da equipe na Atenção Primária à Saúde (APS) é percebida como limitada, centralizando o cuidado odontológico ao atendimento em consultório. Em muitos cenários, observa-se uma exclusão da odontologia nas ações da saúde da família, influenciada principalmente pela alta demanda de atendimentos, pela falta de interesse profissional e pelo desconhecimento dos demais profissionais sobre a prática da equipe de saúde bucal no SUS. Esse contexto perpetua o modelo biomédico e compromete o cuidado integral e multidisciplinar na APS.

3. OBJETIVOS

3.1.Geral

Compreender a percepção da equipe de saúde sobre o trabalho da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil.

3.2. Específicos

- Compreender as práticas desenvolvidas pela eSB na ESF no município de Serra-Preta, Bahia.
- Entender como a equipe percebe a atuação da eSB na ESF.
- Compreender como se dá a colaboração e a interprofissionalidade entre a eSB e os demais membros da ESF no município de Serra-Preta, Bahia.
- Elaborar um guia prático voltado às eSB e eSF, com o objetivo de estimular e fortalecer práticas interprofissionais colaborativas no contexto da APS.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Estratégia Saúde da Família como política prioritária no cuidado

A criação do SUS, assegurada pela Constituição Federal de 1988, representa um marco na história do Brasil. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS oferece assistência à saúde que vai além do aspecto biomédico, considerando também as causas sociais. Essa conquista é resultado de décadas de lutas e mobilizações sociais, destacando-se o movimento da Reforma Sanitária, que buscava assegurar o direito universal à saúde para todos os brasileiros (Reis, 2019).

É um modelo de saúde de caráter público, composto por uma rede de serviços regionalizada, organizada em diferentes níveis de complexidade, com direção única em cada esfera do governo e sob o controle social de seus usuários. Possui como princípio organizador a APS, que se sobressai como a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção do SUS (Brasil, 1990; Rodrigues; Bomfim, 2010; Andrade *et al.*, 2023).

Em um esforço contínuo para assegurar os princípios doutrinários do SUS de universalidade e integralidade, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o PSF, inspirado no sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991. Seu financiamento foi definido através da Norma Operacional Básica do SUS de 1996, que incluiu o programa nos recursos do Piso da Atenção Básica - PAB (Rodrigues; Bomfim, 2010; Barbosa; Mendes, 2022).

Devido ao seu potencial, o PSF passou a ser reconhecido como estratégia, destacando-se pela capacidade de organizar e direcionar o sistema de saúde. A ESF visa desenvolver um cuidado centrado nos indivíduos e nas famílias, fortalecendo o vínculo com o usuário, a coordenação e a integralidade do cuidado. Essa abordagem busca proporcionar uma assistência integral e contínua, bem como estabelecer a hierarquização, a territorialização e o trabalho multiprofissional (Pinto, 2008; Godoi, 2022; Franco *et al.*, 2023).

Embora seja evidente que nos últimos anos a ESF tenha contribuído significativamente para aprimorar os indicadores de saúde no país, transformando o perfil de morbimortalidade da população e reduzindo internações desnecessárias, nota-se que ainda existem nós críticos, tais como a centralização do atendimento médico, as limitações de acesso, estruturais e de equipe,

a fragilidade na gestão e na organização da rede de serviços (Lima *et al.*, 2016; Arantes *et al.*, 2016; Barros; Lapão, 2016; Tesser *et al.*, 2018).

4.2. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: inserção, práticas e desafios

A incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou um importante avanço na reorganização da atenção odontológica no SUS, ampliando o acesso da população às ações de promoção, prevenção e assistência. Entretanto, a consolidação desse modelo envolve desafios relacionados à organização das equipes, às práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços e a efetivação dos princípios que orientam a APS. Nesse contexto, torna-se relevante compreender tanto a inserção da equipe de saúde bucal na ESF quanto às práticas que orientam sua atuação.

4.2.1. A equipe de Saúde Bucal na Saúde da Família

A inserção do cirurgião-dentista na APS foi uma conquista, incorporada através da portaria 1.444/2000 e firmada pela portaria 267/2001, que direcionou o incentivo financeiro para a reorganização da atenção odontológica e determinou as eSB em todo território. Essas eSB foram criadas e continuam classificadas quanto a composição, em: modalidade I, com um CD e um auxiliar de saúde bucal (ASB), e a modalidade II, com um CD, um técnico em saúde bucal (TSB) e um ASB. Tais equipes devem trabalhar interligadas com as EqSF e de eAP, fortalecendo a integralidade do cuidado e melhorando a qualidade de vida das pessoas (Farias *et al.*, 2021; Spezzia, 2022; Elbert do Valle, 2023; Fusco *et al.*, 2023; Brasil, 2023).

Nota-se a importância da inclusão das eSB na APS, ao se observar os resultados do levantamento epidemiológico em saúde bucal do ano de 2010 e 2023, que examinaram a condição da saúde bucal da população brasileira. Os resultados mostram uma redução no quantitativo de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D), em indivíduos de até 12 anos, saindo de 2,07 em 2010 para 1,67 em 2023, mantendo o Brasil com um baixo índice de prevalência de cáries em adolescentes, de acordo com a Organização Mundial da Saúde.

Entretanto, apesar dos progressos nas últimas décadas, as persistentes desigualdades regionais evidenciadas por muitos indicadores de saúde bucal analisados no SB Brasil 2023 revelam que o país ainda precisa superar as disparidades na distribuição de saúde e doença, principalmente quando consideramos que a prevalência de cáries não tratadas em crianças de 5 anos teve pouca mudança, passando de 59,4% em 2003, para 46,83% em 2023 (Rios, 2021; Brasil, 2024). Condição que pode ser explicada pelo alto número (37,17%) de crianças com 5 anos que nunca foram ao dentista. Além disso, os resultados indicam que, aos 5 anos, as crianças têm em média 2,4 dentes com experiência de cárie e uma alta demanda por tratamento eletivo de urgência (Brasil, 2024).

Outro marco importante foi a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de nível superior em saúde, elaboradas para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas diretrizes visam formar profissionais aptos a atuar no serviço público, possibilitando ao cirurgião-dentista uma formação profissional generalista, humanista, crítico e reflexiva (Paranaíba; Alves; Rocha, 2022). Esse movimento baseou-se no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que trata do direito à saúde (Brasil, 1988). Além disso, destacamos também a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e os direcionamentos da Política Nacional de Saúde Bucal, que modificaram as normas técnicas das práticas odontológicas para a área da Saúde Bucal Coletiva (Do Amaral *et al.*, 2022).

4.2.2. Práticas da equipe de Saúde Bucal na ESF

A prática da eSB preconizada na ESF envolve uma perspectiva mais ampliada da saúde, incluindo a realização de ações clínico-restauradoras e educativo-preventivas que visam reduzir patologias bucais e sistêmicas, melhorando a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade (Do Amaral *et al.*, 2022). De acordo com a portaria nº 2.436/2017 entre as atribuições do CD na APS estão o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento individual e coletivo. Também compete a esse profissional supervisionar o ASB e o TSB, participar do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações dos ACS e ACE junto à equipe multiprofissional, realizar estratificação de risco e desenvolver atividades em grupo na UBS,

no domicílio e em outros espaços comunitários, conforme protocolos e diretrizes clínicas vigentes (Brasil, 2017).

De acordo com Narvai e Frazão (2008), apesar do conceito ampliado de saúde bucal, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, frequentemente tem se notado que as ações ocorrem, quase sempre, de forma restrita aos aspectos assistenciais, ficando a prática odontológica reduzida aos procedimentos clínico-cirúrgicos, portanto individuais.

No sentido da mudança dessa prática, iniciativas oficiais como a PNSB e “Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde” fornecem diretrizes que norteiam essa atuação, destacando o acolhimento, a clínica ampliada, a escuta qualificada e o compartilhamento do diagnóstico e das decisões em relação às condutas (Brasil, 2018; Leme *et al.*, 2019).

A PNSB, ou Brasil Sorridente, lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde, destina-se a ampliar o acesso dos brasileiros à saúde bucal, desconstruindo a visão mutiladora e unicamente clínica da Odontologia, incorporando ações abrangentes e intersetoriais. Seu objetivo principal é reorganizar e qualificar as práticas e serviços, promovendo e recuperando a saúde bucal, essencial para a saúde geral e a qualidade de vida. Em 2023, a PNSB foi incluída na Lei Orgânica da Saúde, através da Lei nº 14.572/2023, passando a integrar definitivamente a saúde bucal ao Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido de garantir acesso universal e contínuo aos serviços (Brasil, 2004; Fusco *et al.*, 2023; Brasil, 2023).

Scherer e Scherer (2015) observaram em seu estudo que avanços relativos à prática odontológica na APS, após o lançamento das diretrizes da PNSB concentram-se nas ações de educação em saúde e permanente, no vínculo, no acolhimento e na responsabilização. No entanto, destacaram desafios relacionados à integralidade, a expansão e qualificação da assistência, o trabalho em equipe, condições de trabalho, o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, o estímulo à participação popular e ao controle social, além das ações intersetoriais.

Além disso, outro componente orientador das práticas profissionais das equipes na APS está relacionado ao financiamento. Em 2019, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil como novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, cujo incentivo financeiro esteve baseado em três critérios: captação ponderada, incentivo para as ações estratégicas e pagamento por desempenho. À época de sua vigência, o programa incorporou sete indicadores de avaliação, sendo de responsabilidade das eSB o indicador “proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado”, que teve um impacto significativo nas

práticas das eSB, pois incentivou uma abordagem mais integrada no cuidado às gestantes, trazendo uma esperança para se romper com o trabalho fragmentado e desarticulado das equipes da ESF com as equipes de saúde bucal (Brasil, 2023; Soares; Santos; Santos, 2024).

Após reflexões críticas relativas ao programa, houve a revogação do Previne Brasil e a incorporação de uma nova metodologia de cofinanciamento do Piso de Atenção Primária no SUS, criado através da Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Esse novo modelo passou a considerar vários componentes fundamentais, dentre eles um componente fixo para manutenção e implantação das equipes; um componente de vínculo e acompanhamento territorial; um componente de qualidade para eSF, eAP, eSB e eMulti; implantação e manutenção de programas, serviços e profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS; um componente de atenção à saúde bucal e um componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS (Brasil, 2024).

No contexto da saúde bucal, essa nova portaria abrange áreas temáticas como a primeira consulta odontológica programada, a conclusão de tratamentos, a taxa de exodontia, a escovação dental supervisionada, a proporção de procedimentos preventivos e o tratamento restaurador atraumático. Esses indicadores se propõem a incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na APS, buscando induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde (Brasil, 2024; Soares; Santos; Santos, 2024).

4.3. Prática interprofissional colaborativa entre a eSB e a eSF

A colaboração interprofissional entre as eSB e eSF é essencial para alcançar a integralidade da assistência em saúde. Nesse sentido, a interprofissionalidade representa uma forma de trabalho em equipe com potencial para transformar as práticas em saúde, promovendo a integração e a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e cujas habilidades se complementam em ações conjuntas com objetivos comuns, trabalhando de maneira integrada e interdependente para atender as necessidades de saúde dos usuários (Peduzzi; Agreli., 2018; Pereira *et al.*, 2022).

Deste modo, trabalhar em equipe exige o entendimento das práticas e atribuições de cada profissional, reconhecendo o saber do outro como essencial. Entretanto, quando o conhecimento é categorizado por área, pode ocorrer uma fragmentação do cuidado, levando a

uma atuação isolada e individualista dos profissionais. Ou seja, apesar de compartilharem o mesmo espaço de trabalho, as práticas ainda se concentram no conhecimento específico de cada profissional, o que resulta em um desencontro de saber (Santos; Assis, 2006; Antunes; Assis; Santos., 2016).

Para superar esses desafios, é necessário romper com currículos uniprofissionais rígidos que incentivam a atuação isolada. Dessa forma, deve-se estimular o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa, que envolve competências como: comunicação interprofissional, clareza dos papéis, trabalho integrado e cuidado centrado no paciente, família e comunidade. Visto que o aumento da complexidade das necessidades de saúde requer profissionais preparados para trabalhar de forma colaborativa em equipe, comprometidos com o cuidado à saúde (Silva *et al.*, 2015; Toassi *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é essencial que a eSB e os demais profissionais atuem em uma prática colaborativa, mesmo diante das dificuldades encontradas para atuar nos serviços de saúde, como a formação, as relações interpessoais e os aspectos estruturais. O trabalho na ESF requer uma atuação ampliada e integrada, para além do consultório. Portanto, é importante que a equipe de saúde bucal, como parte da EqSF na APS, esteja envolvida na construção do cuidado integral (Godoi, 2022).

Em estudos realizados por Anquilante e Aciole (2015) e Rodrigues (2005), já mostravam que as eSB continuam sendo um apêndice das eSF, devido à pouca inserção em práticas partilhadas com profissionais de outras categorias. A maioria das ações são desenvolvidas de forma independente, autônoma e individualizada, o que também pode ser atribuído à introdução tardia da eSB na Estratégia Saúde da Família.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois buscou-se compreender a perspectiva dos participantes “sobre os fenômenos que os rodeiam, aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados, isto é, a forma como os participantes percebem subjetivamente sua realidade” (Sampieri; Collado; Lucio, 2013, p. 376).

“O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e re-interpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (Minayo, 2014, p.24). Desse modo, essa abordagem possibilitou conhecer a percepção da equipe de saúde da família sobre a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

5.2. Campo da pesquisa

O município de Serra-Preta localiza-se no interior do Estado da Bahia com uma área territorial de 595,297 km², e uma população estimada de 17.996 habitantes, de acordo com dados do Censo Demográfico de 2022 e densidade demográfica de 30,23 hab/km², apresentando 20,18% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e uma renda per capita de R\$ 9.506,26 (IBGE, 2022). O município está localizado a aproximadamente 169 km de Salvador e faz divisa com os municípios de Ipirá, Feira de Santana, Riachão do Jacuípe, Anguera, Ipecaetá e Candéal.

O município conta com diversos dispositivos de saúde, incluindo: 7 Unidades de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal, distribuídas em 3 unidades na zona urbana e 4 na zona rural, 1 Academia da Saúde, 1 Centro de Atenção Especializado, 1 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), 1 Central Municipal de rede de Frio e um Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação, gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além de um Hospital Municipal de baixa complexidade. Recentemente, foram incorporados à rede municipal de saúde bucal novos serviços assistenciais. Em 2024, foi implantada a equipe do

Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB), oferecendo procedimentos de endodontia e cirurgia-bucomaxilofacial. Já em 2025, passaram a integrar a rede a Unidade Odontológica Móvel (UOM) e a equipe de Consultório na Rua, composta por um cirurgião-dentista, constituindo serviços distintos e complementares. (Ministério da Saúde, 2024).

5.3. Caracterização do cenário de estudo

A Atenção Primária à Saúde do município de Serra-Preta (BA) está organizada em sete Unidades de Saúde da Família, nas quais atuam sete equipes de Saúde da Família e sete equipes de Saúde Bucal. Diferentemente do que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a proporção de uma eSB para cada duas EqSF, no município observa-se uma relação de 1:1 entre essas equipes.

No que se refere à distribuição territorial dessas unidades, quatro estão localizadas na zona rural do município — Lagoa da Caiçara, Morro do Curral, Bom Jesus e Buraco D'água — e três situam-se na zona urbana — Bravo, Ponto e Sede. Além disso, mais recentemente o município passou a contar com uma Unidade Odontológica Móvel (UOM), destinada a realização de atendimentos em localidades que não são cobertas diretamente pelas equipes das Unidades de Saúde da Família e uma equipe de Consultório na Rua que conta com um CD em sua composição.

Quanto à composição da força de trabalho em saúde bucal, o município conta com 7 auxiliares de saúde bucal e 11 cirurgiões-dentistas no momento da pesquisa. Destes, nove CDs atuam na APS, sendo sete vinculados às eSB das USF, um à UOM e um à equipe de Consultório na Rua. Os outros dois profissionais integram a equipe SESB, vinculada à atenção secundária. No que se refere a forma de contratação, os profissionais atuam por meio de vínculos terceirizados ou contratos temporários estabelecidos com a gestão municipal, não havendo cirurgiões-dentistas efetivos no quadro do município.

5.4. Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil, com pelo menos seis meses de experiência, divididos em grupos conforme apresentado no Quadro 1. Os critérios de exclusão empregados foram: Trabalhadores de férias, de licença ou afastados (as) por motivos de saúde.

Quadro 1. Grupos de representantes participantes do estudo.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO
I	Equipe de Saúde Bucal e Médicos
II	Equipe de Saúde da Família

As categorias profissionais que compuseram cada grupo estão representadas nos Quadros 2 e 3, com os respectivos números de integrantes por profissão, definidos conforme critérios de paridade entre as categorias e da estratégia de produção de dados empregada, através da realização de grupo focal.

Inicialmente previa-se a participação de 18 profissionais, entre membros das equipes de saúde bucal e saúde da família, entretanto, a amostra final foi composta por 16 participantes, em decorrência da disponibilidade dos profissionais no período da coleta de dados, das demandas assistenciais das unidades e da ausência de determinados profissionais em algumas equipes.

Quadro 2. Trabalhadores de saúde do grupo I e os respectivos números de participantes por categoria.

GRUPO I	Nº DE ENTREVISTAS
Cirurgião-dentista	4
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Médico	2
TOTAL	9

Quadro 3. Trabalhadores de saúde do grupo II e os respectivos números de participantes por categoria.

GRUPO II	Nº DE PARTICIPANTES
Agente Comunitário de Saúde	2
Enfermeira	2
Aux./ Téc.de Enfermagem	1
Auxiliar administrativo	1
TOTAL	6

Grupo I (Quadro 2)

- **Cirurgiões-dentistas:** profissionais com ensino superior, responsáveis pelas atividades da Equipe de Saúde Bucal. A forma como esses profissionais compreendem o processo saúde-doença e abordam o trabalho a ser realizado pela Equipe de Saúde Bucal são fundamentais para a atuação eficaz da equipe.
- **Auxiliares de Saúde Bucal:** profissionais de nível médio, que, sob a supervisão do cirurgião-dentista, executam atividades relacionadas à saúde bucal e desempenham um papel relevante nas iniciativas coletivas.
- **Médicos:** Profissionais com formação de nível superior, cuja atuação na Atenção Primária à Saúde favorece a articulação interprofissional e a integralidade do cuidado. A inclusão desses profissionais neste grupo ocorreu em virtude da indisponibilidade de participação no grupo focal, decorrente da demanda assistencial e da incompatibilidade dos dias de atendimento.

Grupo II (Quadro 3)

- **Equipe de Saúde da ESF** (Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos) – este grupo foi selecionado com base nos conhecimentos e práticas interdisciplinares que permitem a interação com o trabalho da Equipe de Saúde Bucal (Quadro 2).

- **Agentes Comunitários de Saúde:** trabalhadores que são fundamentais nas ações de coletivas de Saúde Bucal, pois atuam promovendo a saúde, prevenindo doenças e fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Grupo III (Informante chave)

- Profissional que atua no nível da gestão, sendo a escolha o coordenador de saúde bucal. Esse grupo foi incorporado no decorrer da pesquisa, em resposta às demandas de informação que emergiram durante o estudo.

5.5. Produção dos dados

Os dados foram produzidos a partir de Entrevista Semiestruturada, guiadas por um roteiro orientador baseado nos objetivos da pesquisa (Apêndice A). Essas entrevistas foram direcionadas aos profissionais da equipe de saúde bucal que compuseram o grupo I e também a profissionais que, embora inicialmente previstos para participação no grupo focal, não puderam estar presentes no momento de sua realização, mas manifestaram interesse e disponibilidade em participar através da entrevista individual. Todas as entrevistas foram gravadas com dispositivo celular, mediante autorização dos participantes.

Adicionalmente, a partir das discussões e do amadurecimento do projeto, identificou-se a pertinência de realizar também uma entrevista com o coordenador municipal de saúde bucal, com o objetivo de aprofundar a compreensão acerca da organização da atenção à saúde bucal no município. Para essa entrevista, utilizou-se como referência o mesmo roteiro orientador das entrevistas individuais, conduzido de forma flexível, de modo a possibilitar a exploração de aspectos relacionados à organização dos serviços e às ações desenvolvidas no contexto municipal. A entrevista foi realizada por uma mediadora externa convidada para essa finalidade, considerando que a pesquisadora atua profissionalmente no município, estratégia adotada com o intuito de evitar possíveis conflitos de interesse e favorecer maior liberdade na manifestação do participante durante a entrevista.

Outra técnica empregada foi a realização de um grupo focal com os trabalhadores das equipes de saúde da família que compõem o grupo II e que tinham disponibilidade de participação. A discussão também foi conduzida com o auxílio de um roteiro orientador

(Apêndice B). Por meio do grupo focal buscou-se obter a percepção das equipes sobre a prática da eSB, considerando as práticas interprofissionais colaborativas. De acordo com Minayo (2014), os grupos focais são ferramentas valiosas para explorar dinâmicas interativas e percepções coletivas.

O pesquisador pode explorar uma série de possibilidades de informações, permitindo diferentes pontos de vista para melhor compreender a realidade. Em termos práticos, os grupos focais envolvem discussões com um pequeno número de participantes (entre seis e doze), onde um moderador orienta o tema e estimula a contribuição de todos, além de contar com um relator para registrar as principais ideias (Minayo, 2014).

Para a condução do grupo focal desta pesquisa, a pesquisadora contou com a participação de uma mediadora externa convidada, estratégia empregada para garantir maior neutralidade na condução das discussões e estimular a participação ativa dos integrantes do grupo. Durante a realização, os diálogos que emergiram do grupo focal foram gravados com dispositivo celular, para posterior análise.

No que se refere ao roteiro orientador das entrevistas (Apêndice A, B e C), as questões norteadoras utilizadas para a condução dos encontros foram elaboradas com base no instrumento proposto por Rodrigues (2005), cujo roteiro foi desenvolvido a partir das atribuições da equipe de saúde bucal no então Programa Saúde da Família, estabelecidas pela Portaria nº 267 do Ministério e atualizado conforme a PNAB (Brasil, 2001; Brasil 2017). O instrumento contempla aspectos relacionados ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal na ESF, incluindo práticas individuais e coletivas, a articulação com os demais membros da equipe e os instrumentos utilizados no desenvolvimento das ações. Também foram incluídas questões voltadas à compreensão do significado do trabalho para os profissionais da equipe de saúde bucal, com a finalidade de apreender a concepção dos sujeitos acerca de sua própria prática profissional.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2025. Para a organização dessa etapa, foi previamente elaborado um cronograma em diálogo com os participantes, de modo a possibilitar melhor programação dos profissionais e assim evitar contratempos durante a realização das entrevistas. Com antecedência, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos de coleta por meio de aplicativos de mensagem e correio eletrônico, ocasião em que também lhes foi encaminhada uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D e E) para conhecimento

prévio. No momento da realização da coleta de dados, o documento foi apresentado novamente aos participantes e assinado presencialmente.

As entrevistas ocorreram em local e horário previamente agendados, com duração média de aproximadamente uma hora. Previamente à coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas piloto com participantes que não integraram o grupo de estudo, com o objetivo de testar e ajustar o instrumento de entrevista aplicado de forma individual. Os participantes foram previamente informados sobre a pesquisa e manifestaram sua concordância mediante assinatura do TCLE específico (Apêndice E).

Para a realização das entrevistas, foram selecionadas quatro eSB e eSF do município, sendo duas localizadas na zona urbana e duas na zona rural. A seleção considerou a distribuição das unidades nesses diferentes cenários, buscando compreender se o local de inserção das equipes no território se relaciona com a organização do processo de trabalho e com as percepções dos profissionais acerca da atuação da equipe de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

A escolha das equipes também considerou unidades com maior número de usuários cadastrados no município, com o objetivo de incluir cenários com fluxo mais expressivo de usuários. Além disso, a equipe da unidade de atuação profissional da pesquisadora não foi incluída no estudo, a fim de evitar possíveis conflitos de interesse. Para preservar o anonimato das unidades e de seus trabalhadores, foram utilizados códigos identificados por letras do alfabeto e números, atribuídos de forma sequencial conforme a realização das entrevistas, em consonância com os princípios éticos da pesquisa em saúde.

Para a identificação dos participantes, adotou-se um sistema de codificação específico conforme o tipo de entrevista realizada. Nas entrevistas individuais, utilizou-se a letra “E”, seguida da letra correspondente ao tipo de unidade - “U” para unidade urbana e “R” para unidade rural - e do número sequencial do entrevistado (ex.: E-U01; E-R02). Para as entrevistas em grupo focal, utilizou-se a sigla “EG”, seguida da identificação da unidade (U ou R) e do número sequencial do participante (ex.: EG-U01; EG-R02). Para o informante-chave, utilizou-se a sigla “CSB”.

5.6. Análise de dados

As entrevistas e o grupo focal tiveram suas gravações originais transcritas após sua realização e identificadas a partir dos discursos e dos elementos, relacionando cada um aos itens de interesse. Para auxiliar nesse processo de transcrição do material, utilizou-se a plataforma online *TurboScribe*, ferramenta de apoio à transcrição de áudios. Posteriormente, o conteúdo foi revisado pela pesquisadora, buscando assegurar fidelidade às falas dos participantes e preservar as características da linguagem utilizada pelos interlocutores, incluindo pausas, expressões e particularidades do discurso, mesmo quando em desacordo com a norma gramatical padrão.

Em seguida, os dados foram organizados e analisados através da Análise de Conteúdo Temática de Minayo, pois possibilitou realizar um recorte das informações relevantes obtidas através do discurso falado e a apreciação dos aspectos subjetivos nele contidos, descobrindo o núcleo de sentidos que integram uma comunicação, cuja presença ou frequência são significativas para o objeto de estudo (Minayo, 2014).

A escolha da análise de conteúdo temática é justificada pelo modo como trata as informações coletadas, aproximando-as dos aspectos subjetivos e objetivos, permitindo identificar as diferenças e as similaridades encontradas, além de ser relevante para a pesquisa qualitativa em saúde coletiva. De acordo com Minayo (2014), a análise de conteúdo temática se desenvolve em três etapas:

- **Primeira etapa: Pré-análise:**

Consiste na escolha dos documentos a serem analisados e o resgate das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Essa fase inclui a leitura flutuante, onde o pesquisador se familiariza com o conteúdo, e a constituição do corpus, que corresponde ao universo estudado em sua totalidade que deve responder a algumas normas de validade qualitativa. Também envolve a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, garantindo que a riqueza do material de campo seja valorizada. Durante essa etapa, são determinadas as unidades de registro (palavra-chave/frase) e contexto, os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise.

- **Segunda etapa: Exploração do material**

Envolve uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto. O investigador busca identificar categorias, que são expressões ou palavras significativas, organizando o conteúdo da fala. A categorização reduz o texto a palavras e expressões significativas, sendo uma etapa delicada. A análise de conteúdo temática habitual começa recortando o texto em unidades de registro, como palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, identificados na pré-análise. Em seguida, o pesquisador define as regras de contagem, utilizando codificações e índices quantitativos para construir a compreensão. Por fim, ele classifica e agrupa os dados, escolhendo categorias teóricas ou empíricas para especificar os temas.

- **Terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**

Os dados brutos são tradicionalmente analisados por meio de operações estatísticas, sejam elas simples, como porcentagem, ou complexas, como a análise fatorial, destacando as informações obtidas. Com base nisso, o analista faz inferências e interpretações, relacionando-as com o quadro teórico inicial ou explorando novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela análise do material.

5.7. Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Serra-Preta, Bahia e após autorização da instituição responsável (Anexo B) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP). A pesquisa foi aprovada sob o CAAE nº 86593325.30000.0053, conforme parecer consubstanciado nº 7.688.210.

Após a aprovação do CEP (Anexo A), foi realizado o convite inicial aos participantes por meio de mensagens de texto e/ou voz, redigidas em linguagem clara e acessível. As mensagens, enviadas individualmente via e-mail e *WhatsApp*, eram compostas por uma breve apresentação da pesquisa e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura prévia, garantindo a privacidade dos participantes e oferecendo-lhes o tempo necessário para uma decisão autônoma.

Caso o participante manifestasse interesse em participar da pesquisa, agendamos uma entrevista em local e data previamente definidos. Na ocasião, o TCLE foi entregue fisicamente

para assinatura, garantindo a oportunidade de esclarecimento de dúvidas antes da formalização da participação.

Foi assegurado que o profissional era livre para não participar da pesquisa ou recusar responder qualquer pergunta que o constranja ou até mesmo retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem ônus para si ou para terceiros. Também houve a solicitação, através do TCLE, do consentimento prévio para a gravação das falas por meio de aplicativo de gravação de voz para aparelhos celulares.

Os participantes foram informados sobre os riscos associados à participação nesta pesquisa, dentre eles o desconforto, constrangimento e/ou cansaço. Os resultados obtidos podem trazer benefícios futuros aos participantes do estudo, pois contribuirão para o entendimento da atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e, consequentemente, promovendo a qualificação da atenção em saúde bucal oferecido pelo SUS, no qual todos estão envolvidos direta ou indiretamente.

Além disso, consta no TCLE a responsabilidade da pesquisadora com o armazenamento desses registros e que, após cinco anos, todo material será destruído. A fim de amenizar impactos no cotidiano do serviço, bem como perturbações no momento da coleta de dados, a entrevista foi agendada com antecedência em local pactuado com o entrevistado.

A identificação dos participantes foi preservada com a utilização de códigos, e eles puderam esclarecer qualquer dúvida durante a pesquisa. Todas essas medidas estão de acordo com as orientações contidas na Lei nº 14.874/2024 e nas Resoluções nº. 466/12 e nº. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde do município, incluindo integrantes das equipes de Saúde da Família, da equipe de Saúde Bucal e da gestão local. Em relação à caracterização da amostra, 68,75% (n=11) dos participantes eram do sexo feminino, com média de idade de 36 anos, variando entre 24 e 49 anos. A maior parte residia no próprio município de atuação, enquanto uma parcela menor era proveniente de municípios vizinhos.

Quanto à categoria profissional, participaram cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais do setor administrativo, evidenciando a diversidade de atores envolvidos no cuidado na APS. No que se refere à formação, considerando os participantes com graduação (cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros), identificou-se predominância de profissionais em instituições privadas (n=8), embora também tenham sido identificados egressos de instituições públicas (n=1).

Em relação à qualificação profissional, observou-se diversidade nos percursos formativos dos participantes, com predominância de profissionais com formação técnica, seguidos daqueles com formação de nível superior. Entre estes, a maioria possuía especialização concluída ou em andamento e/ou cursos de aperfeiçoamento, enquanto apenas um participante relatou possuir exclusivamente a graduação como maior nível de formação.

Especificamente no que se refere aos cirurgiões-dentistas da equipe de saúde bucal, observou-se que nenhum possuía título de especialista. No entanto, dois relataram estar em processo de especialização, nas áreas de ortodontia e harmonização orofacial, enquanto os demais referiram formação complementar por meio de cursos de aperfeiçoamento, com ênfase em áreas clínicas, como dentística, endodontia, prótese e harmonização orofacial. Apenas um profissional não relatou formação além da graduação.

O tempo de formação dos participantes do estudo variou de aproximadamente 1 ano e 5 meses a 26 anos, refletindo a presença de profissionais em diferentes estágios da carreira. Em relação ao tempo de atuação nas unidades, observou-se predominância de profissionais com 2 a 5 anos de atuação (43,75%), seguido por aqueles com até 2 anos de inserção no serviço (37,5%). Em menor proporção, identificaram-se trabalhadores com mais de 5 anos de permanência (18,75%), evidenciando a presença de profissionais em diferentes estágios de vínculo com o serviço.

No que tange à experiência profissional prévia, observou-se que 56,25% dos participantes possuía vivência anterior na área da saúde, incluindo atuações em serviços públicos e privados, como unidades de saúde, clínicas e serviços de urgência e emergência. Por outro lado, 37,5% informaram não possuir experiência profissional anterior, caracterizando inserção inicial no mercado de trabalho. Em menor proporção (6,25%), identificou-se experiência em área não correlata à saúde.

A carga horária semanal predominante foi de 40 horas, referida por 68,75% dos participantes, seguida por vínculos de 30 horas (31,25%). Em relação à modalidade de contratação, houve predominância de vínculos terceirizados e contratuais (87,5%), com menor proporção de profissionais estatutários (12,5%). Os principais aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica, de formação e de inserção profissional dos participantes encontram-se sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, de formação e de inserção profissional dos participantes do estudo.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo		
Feminino	11	68,75%
Masculino	5	31,25%
Faixa Étnica		
18-29 anos	7	43,75%
30-29 anos	3	18,75%
40-59 anos	6	37,5%
Local de Residência		
Município do estudo	9	56,25%
Municípios circunvizinhos	7	43,75%
Instituição Formadora		
Privada	8	88,89%
Pública	1	11,11%
Qualificação profissional		
Graduação	1	6,25%
Especialização concluída	3	18,75%
Especializada em andamento	2	12,50%
Curso de aperfeiçoamento	2	12,50%
Formação técnica	7	43,75%
Tempo de Formação		
≤ 2 anos	6	37,50%
2 a 5 anos	7	43,75%
> 5 anos	3	18,75 %
Experiência Profissional		
Experiência prévia na área	9	56,25%
Primeira experiência	6	37,50%

Experiencia em área não correlata	1	6,25%
Carga Horária		
30 horas	5	31,25%
40 horas	11	68,75%
Modalidade de Contratação		
Contrato temporário/terceirizado	14	87,50%
Estatutário	2	12,50%

Após a etapa de caracterização dos participantes, procedeu-se à análise qualitativa dos dados, por meio da análise de conteúdo temática, contemplando as fases de codificação, agrupamento em núcleos de sentido e elaboração das inferências. Para subsidiar sistematização dos dados, as falas foram dispostas em um quadro por participante e por categoria empírica, sendo agrupadas em espaços de síntese denominados “gavetas”, nos quais foram reunidos os trechos relacionados a cada categoria identificada. Essa organização possibilitou a realização da análise vertical, voltada à compreensão do conjunto de ideias de cada participante por categoria, e da análise horizontal, que permitiu identificar convergências, divergências, complementaridade e diferenças presentes nos relatos. Um modelo da estrutura utilizada encontra-se apresentado no Quadro 4.

Quadro 4. Estrutura analítica utilizada após a consolidação das categorias empíricas.

CATEGORIAS EMPÍRICAS	ENTREVISTADOS						SÍNTESE HORIZONTAL
	1	2	3	4	5	6	
Organização do processo de trabalho e condições de oferta de cuidado em saúde bucal: ainda centrado no modelo biomédico.	G	A					Convergências Divergências Complementar Diferente
Dinâmica do trabalho em equipe e cuidado interprofissional: fragilidade na qualificação dos profissionais			V				Convergências Divergências Complementar Diferente
Produção do cuidado e relação com o usuário: falta de adesão ao processo de cuidado.				E	T	A	Convergências Divergências Complementar Diferente
SÍNTESE VERTICAL							Convergências Divergências Complementar Diferente

A partir desse processo, foram construídas três categorias empíricas que expressam aspectos relevantes do trabalho em saúde bucal na APS que emergiram das falas dos participantes e que possibilitaram a compreensão das dinâmicas de trabalho e da produção do cuidado no contexto investigado.

As categorias resultantes da análise foram: (1) Organização do processo de trabalho e condições de oferta de cuidado em saúde bucal: ainda centrado no modelo biomédico; (2) Dinâmica do trabalho em equipe e cuidado interprofissional: fragilidade na qualificação dos profissionais; e (3) Produção do cuidado e relação com o usuário: falta de adesão ao processo de cuidado.

6.1. Organização do processo de trabalho e condições de oferta do cuidado em saúde bucal: ainda centrado no modelo biomédico.

A construção dessa categoria possibilitou compreender como se organiza o processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município de Serra-Preta no âmbito da ESF, a partir das percepções dos profissionais participantes do estudo. Os achados revelam diferentes aspectos relacionados à organização da assistência em saúde bucal na APS, envolvendo elementos da dinâmica de funcionamento das equipes, organização das ações no cotidiano dos serviços, fluxos assistenciais, oferta de serviços especializados e barreiras operacionais ao cuidado.

Nesse contexto, emergiram discussões relacionadas à oferta e à demanda dos serviços, nas quais a organização das equipes ocorre predominantemente através do agendamento e dos atendimentos por demanda espontânea e de urgência, evidenciando convergência nas falas da maioria dos entrevistados. Os diálogos também trouxeram relatos acerca da definição de dias específicos para determinados grupos prioritários, como gestantes e crianças neurodivergentes, revelando estratégias organizacionais descritas por profissionais de uma mesma equipe para adequação do cuidado às necessidades desses usuários.

Além disso, identificaram-se especificidades na operacionalização do acesso, incluindo agendamento presencial e por *Whatsapp*, evidenciando diferentes estratégias utilizadas pelas equipes para manejo da procura pelos serviços, como pode ser observado nos trechos a seguir:

[...] a gente atende tanto agendamento, quanto demanda espontânea (E-R03).

Bom, lá na unidade a gente tem um agendamento mensal. Temos também atendimento de urgência,[...] temos demanda também espontânea. [...] A gente tem um dia, né, de atendimento específico pra gestante (EG-U03).

[...] Tem o dia que é exclusivo para criança, para autista [...] Porque tem muita mãe ainda que não tem esse conhecimento, acham que é só para lá pro povo chique, como elas falam. Não é, é para geral (EG-U02).

[...] a marcação, inclusive, de atendimento odontológico, ela acontece presencial e também pelo WhatsApp (E-U01).

Entretanto, identificaram-se importantes divergências no que se refere à periodicidade e organização do agendamento, variando entre modelos mensais, quinzenais e contínuos, de acordo com a disponibilidade do serviço, revelando ausência de padronização entre as unidades e conforme a dinâmica das equipes e as especificidades dos contextos rural e urbano, como podemos observar a partir dos discursos a seguir.

O agendamento no início, ele era mensal, uma vez no mês, só que passou a ser quinzenal. Eu achei melhor pela questão de vaga, porque vinha, por exemplo, no final do mês, e o pessoal vinha a outra data e não conseguia. Aí tá quinzenalmente, atualmente [...] (E-U01)

A agenda de atendimento é feita uma vez por mês, né? Aonde os pacientes, infelizmente, têm que ir de manhã cedo, né? E aí, toda vez que ele precisar de atendimento, ele tem que tá agendando todas as vezes. (E-U05).

Lá não tem um dia certo para agendamento. O paciente chegou, a gente conseguiu organizar a agenda para que não colocasse um dia fixo, né? Então chega lá, a gente consegue agendar (EG-R04).

Tais achados dialogam com os resultados do estudo de Warmling e colaboradores (2019), cujo objetivo foi compreender como as eSB da APS articulavam, no processo de trabalho, competências relacionadas ao acolhimento e ao acesso às necessidades de saúde bucal no município de Porto Alegre. Os autores observaram que o acesso ao atendimento odontológico ocorria, principalmente, por meio da demanda espontânea para situações de urgência, associado ao agendamento tradicional por distribuição de fichas individuais ou pela organização de grupos, como nas salas de identificação de necessidades. Embora o município dispusesse de um protocolo para organização dos fluxos e modalidades de acesso, os autores destacam que as experiências profissionais também influenciavam a condução do processo de trabalho.

Nesse contexto, Santos e colaboradores (2007), em estudo realizado em um município no interior da Bahia com o objetivo de analisar as relações estabelecidas entre a eSB os usuários da ESF no processo de acolhimento, problematizam que determinadas formas de organização do acesso nos serviços podem gerar tensionamentos em relação ao princípio da universalidade, sobretudo quando o atendimento é regulado por critérios como limitação de vagas, priorização de dias específicos para determinados grupos e organização da demanda por ordem de chegada.

Em relação ao quantitativo de atendimentos ofertados, observou-se convergência nas falas quanto à existência de alta demanda pelos serviços odontológicos nas unidades analisadas, embora com importante variação no número de pacientes agendados. Os relatos apontaram quantitativos que variam, em média, entre 5 e 12 atendimentos por turno, além da inclusão de demanda espontânea e atendimentos de urgência. Observa-se também dentro dos diálogos uma complementaridade quanto a necessidade de mudanças na organização da agenda em decorrência de limitações estruturais do serviço.

[...] a gente tem uma demanda muito alta dentro da unidade para a gente dar esse suporte. [...] Quando a gente estava tudo ok, eu atendia uma média de 15

a 17 pacientes por dia. Hoje, a gente está nessa média de 8 a 10. [...] Colocava uma maior parte de manhã, e uma quantidade menor tarde, por conta do horário (E-R03).

[...] A gente costuma agendar de 5 a 6 pacientes pela manhã, pela questão da demanda. E à tarde, eu não tô atendendo. [...] Porque eu tô sem auxiliar (E-R06).

É uma unidade que tem uma demanda muito grande. [...] Geralmente, tem dias que são bem exaustivos, mas tem dias que são mais tranquilos, mas entre aspas, né? Tranquilos. Geralmente, o atendimento aqui são 12 fichas pela manhã e 12 pela tarde (E-U07).

Esses resultados aproximam-se das discussões de Franco (2019), que identificou a excessiva demanda por atendimentos clínicos individuais como um desafio para a integralidade do cuidado em saúde bucal. Além disso, a necessidade de reorganização dos atendimentos em decorrência da ausência de ASB, identificada nos relatos deste estudo, reforça as discussões de Faccin e colaboradores (2010) acerca do impacto da insuficiência de recursos humanos sobre o processo de trabalho e na ampliação das eSB.

Quanto aos retornos, os achados desta pesquisa demonstraram diferentes modos de condução entre as unidades analisadas, variando conforme a necessidade clínica percebida pelos profissionais, a disponibilidade de vagas e a dinâmica organizacional do serviço. De modo semelhante, Rodrigues e Assis (2005), em seu estudo que buscou analisar a dinâmica organizacional da oferta e da demanda dos serviços de saúde bucal em um município no interior da Bahia, identificaram que a organização dos retornos ocorria de forma mais dinâmica nos serviços pesquisados, evidenciando contradição entre os discursos profissionais e a prática observada no dia a dia das unidades. Essa flexibilização na organização do acompanhamento, conforme as necessidades apresentadas pelos usuários, também emergiu nas falas dos participantes desse estudo, expressas nos trechos a seguir:

O retorno do paciente? É...depende. Quando eu vejo que é um paciente que tem mais urgência, eu encaixo ele para a semana seguinte. Quando é um paciente que a gente vê que pode esperar um pouco mais, ele retorna e faz o agendamento na recepção (E-R03).

[...] O retorno desse paciente, ele retorna à recepção, e aí, como eu te falei, tem as quartas disponíveis. Pra, por exemplo, vamos dizer assim, que o paciente que foi fazer a avaliação, ele não vai precisar pegar a ficha novamente pra fazer, por exemplo, a limpeza dele. Ele já vai ver a questão das vagas da quarta-feira, ou do dia que estiver disponível, pra ele já marcar o que ele tem pra fazer (E-U07).

Oliveira *et al.* (2021), ao discutirem os desafios e potencialidades do processo de trabalho em saúde bucal na ESF, destacam que a garantia dos retornos e a continuidade do

tratamento odontológico nem sempre ocorrem de forma sistemática nos serviços. Segundo os autores, a não priorização do acompanhamento até a conclusão do tratamento pode comprometer a resolutividade do cuidado, além de fragilizar a continuidade assistencial dos usuários e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes.

Quanto às condições materiais e de equipamentos para o desenvolvimento das atividades pelas equipes de saúde bucal, identificou-se predominância de relatos que indicam disponibilidade satisfatória de materiais nas unidades. Entre os recursos mencionados destacam-se instrumentais clínicos e cirúrgicos, anestésicos, materiais restauradores, ultrassom odontológico, fotopolimerizador, autoclave e seladora. As falas também se complementam ao evidenciarem avanços estruturais recentes, especialmente relacionados à aquisição de autoclaves para esterilização, anteriormente inexistentes em algumas unidades, o que reduziu a necessidade de deslocamento de materiais para esterilização em outros serviços.

[...] Material no momento tá bem suprido. [...] Tá tendo anestésico, fio de sutura, resina também. [...] Logo depois que eu cheguei, chegou o ultrassom. Então dá pra gente fazer a raspagem supragengival, aliado com as curetas, né? Que também tem bastante aqui na unidade (E-U01).

Tem a seladora, tem a máquina de esterilizar que chegou agora [...] antes a gente tinha que fazer uma logística, preparar aqui, levar [...], esperar esterilizar para voltar. Agora a gente faz aqui (E-R03).

Enfim, todos os materiais, os insumos, né, a gente tem. Às vezes, como de toda unidade, falta, né, uma coisa ou outra a mais (E-U05).

Os achados da presente pesquisa divergem parcialmente do estudo de Reis e colaboradores (2015), no qual o objetivo foi compreender o trabalho do cirurgião-dentista no contexto da ESF. Enquanto os autores evidenciaram limitações relacionadas à disponibilidade de insumos, instrumentais, infraestrutura e organização do trabalho, nesta pesquisa observou-se predominância de relatos que indicavam a existência de materiais, equipamentos e instrumentos necessários para realização das atividades das unidades analisadas.

Entretanto, as próprias falas revelaram fragilidades estruturais no cotidiano dos serviços, expressas pela limitação ou suspensão da oferta de determinados procedimentos em decorrência de problemas relacionados a equipamentos, como turbina e aparelho de raio-x, além insuficiência de instrumentais em algumas unidades e da necessidade de empréstimo entre os serviços para manutenção da assistência. Assim, embora os participantes relatem a presença de recursos básicos necessários ao funcionamento do serviço, os achados demonstraram a persistência de limitações que interferem na continuidade e na resolutividade do cuidado, como pode ser observado nos discursos apresentados a seguir.

A restauração, hoje, esses dias, não está fazendo por conta de alguma da turbina que não está funcionando (E-R04).

Nas outras unidades a gente tem dificuldades que não tem todos os materiais, e tem unidade que foi cedida pela unidade [...], por não ter nas outras unidades (E-U05).

[...] E o raio-x também, que a gente tem a máquina, porém ainda está precisando do equipamento para a gente passar a fazer o raio-x lá na unidade. [...] não tá completa, ainda falta a roupa e outros acessórios pra poder fazer esse raio-x (EG-U03).

Achados semelhantes também foram descritos por Biava e Oliveira (2025), que identificaram limitações relacionadas à insuficiência de instrumentais, problemas envolvendo equipamentos odontológicos e inadequações estruturais capazes de interferir na qualidade da assistência ofertada. Nesse sentido, os autores destacam a relevância da disponibilidade adequada de equipamentos, materiais e instrumentais para efetivação do cuidado odontológico nos serviços de saúde.

No que se refere aos procedimentos ofertados pelas equipes de saúde bucal, observou-se predominância de práticas clínicas curativas no cotidiano dos serviços, com destaque para exodontias, restaurações, profilaxias, raspagens e atendimentos de urgência. Entre as demandas mais frequentes mencionadas pelos participantes, sobressaíram especialmente as exodontias e os procedimentos periodontais. De forma semelhante, o estudo de Neves e colaboradores (2019) identificou elevada prevalência na realização de procedimentos odontológicos curativos pelas equipes de saúde bucal na APS, incluindo restaurações e exodontias, evidenciando a centralidade dessas práticas na organização da assistência odontológica nos serviços públicos.

[...] extração, raspagem também tem bastante, o índice de doença periodontal aqui né? [...] eu acho muito grande. [...] Restauração, profilaxia, e a gente também [...] faz a urgência [...] (E-R03).

Limpeza, restauração e extração simples. [...] Limpeza. É, o pessoal aqui tem muito tártaro, né? (E-R06).

[...] eu não vou fazer uma extração em um paciente que está com a boca cheia de tártaro, que é uma fonte de infecção. Então, eu sempre priorizo a limpeza. Então, eu acho que um dos procedimentos que eu mais faço seja a limpeza. [...] extração também faço muito. Agora, restauração, geralmente, eu não faço muito aqui, acredita? (E-U07).

Além disso, emergiu nos diálogos a perspectiva de ampliação da oferta do cuidado em saúde bucal no município, a partir da implantação da UOM, apresentada como uma possibilidade de fortalecimento do acesso aos serviços, sobretudo para populações com maior dificuldade de deslocamento ou residentes de áreas mais distantes da unidade de saúde.

Entretanto, os relatos também indicaram que, no período de realização das entrevistas, a iniciativa ainda se encontrava em processo de organização administrativa, sem início efetivo das atividades, como pode ser observado nos relatos seguintes.

E agora, a gente tem a mais nova aquisição, que tem uma unidade móvel, odontológica. Só que a gente não colocou ainda pra funcionar. Está dependendo de alguns trâmites ainda, mas eu creio que até o final desse mês, a gente coloca ela pra começar a funcionar (CSB).

[...] o município [...], foi contemplado agora, com um carro móvel de odontologia. Então, isso vai abranger vários outros lugares que ele tem um difícil acesso a chegar até aqui (E-U05).

[...] Vai ter também [...] um... como é o nome do carro que chama? [...] Que vai contemplar as pessoas que moram longe [...] esse carro tem raio-x, esse carro tem tudo. E tem um profissional exclusivamente para isso (EG-U05).

À luz dessas discussões, Lima e Chaves (2025), ao analisarem as transformações da PNSB no Brasil entre 2011 e 2016, destacaram a expansão da UOM como componente incorporado à atenção em saúde bucal no período analisado. Segundo as autoras, a partir de 2009 os municípios credenciados passaram a receber incentivo financeiro para implantação e custeio mensal desses serviços, aspecto que se aproxima das perspectivas identificadas neste estudo quanto à ampliação da oferta do cuidado em saúde bucal no município.

Outro aspecto que emergiu nos discursos dos participantes refere-se à organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Observou-se convergência nas falas quanto à realização compartilhada das atividades entre CD e ASB, especialmente no que diz respeito ao preparo da sala, esterilização dos instrumentais, organização dos atendimentos, apoio durante os procedimentos clínicos e nas orientações individuais e coletivas, controle de materiais e ações educativas em saúde. Os relatos demonstram a presença de uma dinâmica de trabalho colaborativa no interior da própria equipe de saúde bucal, na qual as auxiliares assumem papel importante tanto no suporte técnico-operacional quanto nas atividades de orientação aos usuários, como podemos observar nos diálogos abaixo.

[...] ela cuida da parte de assepsia, de limpeza dos equipamentos, dos instrumentais, da lavagem, esterilização. Ela também me ajuda me oferecendo os instrumentais, às vezes também precisa de uma pessoa para sugar na cirurgia. Ela também faz toda essa parte de agendamento, também é com ela (E-U01).

Eu auxilio com os instrumentais, o que o profissional precisa. Eu também oriento o paciente quando é extração [...] Sempre gosto de estar orientando, para agilizar o lado também do profissional, enquanto ele está ali fazendo a prescrição da medicação. E volto esterilizando tudo, limpando tudo com álcool e retirando a bandeja que foi utilizada (E-U05).

Resultados semelhantes foram descritos por Lourenço e colaboradores (2009), em estudo que analisou aspectos administrativos e operacionais das eSB no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. Os autores evidenciaram ampla participação do pessoal auxiliar em atividades como instrumentação clínica, desinfecção e esterilização de materiais, agendamento de pacientes, ações de promoção e prevenção em saúde e participação em visitas domiciliares. Nesse sentido, os achados reforçam a importância da atuação integrada entre CD e ASB para organização do processo de trabalho e fortalecimento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na APS.

No que se refere à organização do fluxo assistencial, emergiram nos diálogos diferentes formas de condução da triagem prévia aos atendimentos odontológicos. Em alguns relatos, a triagem esteve voltada principalmente para usuários submetidos a procedimentos cirúrgicos, especialmente exodontias, envolvendo aferição de pressão arterial e glicemia antes da realização do atendimento. Em contrapartida, também emergiram discursos nos quais a triagem era realizada para todos os usuários atendidos pela odontologia, sendo conduzida pela técnica de enfermagem, independente do procedimento a ser executado, demonstrando diferentes formas de operacionalização do fluxo assistencial entre as unidades analisadas.

[...] a técnica faz a triagem. Todos os pacientes que vem para a unidade de saúde, que vai fazer extração, [...] faz a triagem, afere a pressão, olha o açúcar direitinho (E-R03).

[...] o paciente passa pela triagem com a técnica e aí eu começo o atendimento. [...] Não faço atendimento sem fazer a triagem. Não faço atendimento pressão arterial alta (E-R06).

Lourenço e colaboradores (2009) identificaram baixo percentual (26,9%) de equipes utilizando triagem de risco como estratégia organizacional do cuidado. Nos achados desta pesquisa, embora a triagem também não ocorra de maneira padronizada entre as unidades, os discursos evidenciaram sua presença no cotidiano dos serviços, seja direcionada a procedimentos cirúrgicos específicos ou incorporada de forma mais ampliada ao fluxo assistencial dos usuários.

Outro aspecto recorrente nas falas refere-se à utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como ferramenta para registro e organização dos atendimentos odontológicos. Os relatos apontaram a incorporação do sistema no cotidiano dos serviços, embora também tenham evidenciado coexistência entre registros eletrônicos e manuais. Tal dinâmica esteve relacionada principalmente a limitações estruturais, como indisponibilidade de computadores em algumas salas e instabilidade de conexão com a internet, levando os profissionais a

recorrerem simultaneamente aos registros em cadernos e fichas manuais para organização dos atendimentos.

A gente lança pelo PEC, né? PEC SUS. E aí a gente faz todo o odontograma, tudo certinho. Lança tudo lá. É tudo online [...] (E-U07).

No momento, ela faz o agendamento pelo PEC, e aí tá sem computador, né? Ela tá fazendo no computador da recepção (E-U01).

A gente usa o PEC, né, e tem as fichas manuais, eu sempre lanço, nas manuais eu gosto de deixar também, porque, às vezes, a gente está sem internet e aí não consegue abrir [...] (E-R06).

Os dados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024 demonstraram ampla incorporação do prontuário eletrônico nas UBS brasileiras, sendo referido por 87,3% das unidades avaliadas. Entre essas, 82,3% relataram utilização do sistema pelos cirurgiões-dentistas para registro dos atendimentos odontológicos. Nos relatos deste estudo, o PEC também emergiu como ferramenta incorporada à rotina das equipes, sendo utilizado para registro dos atendimentos e organização dos agendamentos, evidenciando sua funcionalidade na prática cotidiana dos serviços.

Nessa perspectiva, Avila *et al.* (2021), em estudo que analisou a difusão do PEC nas equipes de Saúde da Família, destacaram que o sistema pode favorecer a integração das informações entre os profissionais, ampliar o acesso ao histórico clínico dos usuários e disponibilizar informações em tempo real, configurando-se como importante ferramenta para organização e qualificação do cuidado em saúde. Entretanto, assim como observado nos relatos deste estudo, os autores também identificaram dificuldades relacionadas à instabilidade da conexão com a internet e necessidade de utilização simultânea de registros manuais e eletrônicos, podendo interferir na utilização contínua e efetiva da ferramenta pelas equipes.

No contexto dos atendimentos odontológicos individuais, os discursos dos participantes apontaram que as orientações em saúde bucal constituem práticas incorporadas ao cotidiano assistencial das equipes, sendo realizadas durante os procedimentos clínicos e direcionadas principalmente à higiene oral, técnicas de escovação, uso do fio dental e prevenção das principais doenças bucais. Os relatos também trouxeram elementos relacionados à adaptação da linguagem profissional e à utilização de estratégias educativas que favorecem a compreensão dos usuários durante o atendimento, contribuindo para a clínica ampliada. Tais aspectos podem ser observados nos discursos apresentados a seguir.

[...] às vezes, até com o paciente próprio na cadeira ali, quando eu tô com a agenda mais apertada. Eu ensino ali, eu pego o escovinho de Robson, eu faço só o movimento para ele ver mesmo como é que funciona (E-R06).

[...] na primeira consulta também costumo perguntar quantas vezes o paciente escova os dentes, usa fio dental. Costumo passar orientações de higiene oral, de uso do fio dental (E-U01).

A gente também orienta, às vezes o paciente fala que não tem condição de comprar um fio. A gente ensina a fazer um fio dental em casa, né? (E-U05).

Eu passo a orientação de saúde bucal, tento explicar os problemas que causam de forma, assim, corriqueiras pra eles, falar o linguajar deles. E eu acho que uma das formas de você fazer o paciente voltar é você cativar esse paciente a gostar de você, entendeu? (E-U07).

Os resultados deste estudo corroboram com os achados descritos por Gomes e colaboradores (2020), que evidenciaram a realização de ações preventivas, como orientações sobre higiene bucal e alimentação, associadas ao atendimento odontológico. De forma semelhante, os discursos dos participantes demonstraram que as orientações educativas constituem práticas incorporadas ao cotidiano assistencial das equipes, especialmente durante os atendimentos clínicos individuais,

Alguns discursos também indicaram a realização de visitas domiciliares pelas equipes de saúde bucal, voltadas principalmente para usuários acamados ou com dificuldades de deslocamento até a unidade de saúde. Também foram mencionados aspectos relacionados à organização prévia dessas ações e à atuação conjunta entre CD e ACS durante as visitas. Embora presentes no cotidiano de algumas equipes, os relatos sugerem que essas ações ocorrem de maneira menos frequente e permanecem mais associadas ao acompanhamento assistencial de usuários com limitações físicas do que a estratégias ampliadas de territorialização, vigilância ou busca ativa.

[...] teve também a visita domiciliar. Na verdade, ocorre com menos frequência. [...] a primeira que foi realizada, foi feito escovação supervisionada, avaliação e orientação quanto aos cuidados, né? [...] e aí eu fiz as prescrições (E-U01).

[...] a gente faz visita domiciliar para pacientes domiciliados ou acamados. [...] Avalia o paciente, se tiver necessidade de fazer algum tipo de tratamento, esse paciente é encaminhado para a unidade (E-U05).

E visitas domiciliares também, quando o ACS solicita e com antecedência a gente consegue agendar para ela também (EG-R04).

Lá faz visitas domiciliares aos pacientes que não podem ir à unidade. A dentista vai, avalia junto com o ACS (EG-U05).

Gomes e colaboradores (2020) evidenciaram a realização de visitas domiciliares voltadas principalmente para usuários acamados ou com dificuldade de locomoção até a unidade de saúde, o que se aproxima do cenário descrito neste estudo, no qual essas ações também aparecem associadas sobretudo à ampliação do acesso a esse público. Faccin *et al.* (2010) destacaram que as visitas domiciliares podem favorecer a compreensão da realidade social dos usuários, além de contribuir para o fortalecimento do vínculo e para a adesão ao tratamento, evidenciando seu potencial muito além do cuidado estritamente assistencial.

Para além das ações desenvolvidas no âmbito dos atendimentos individuais, os discursos dos participantes também apontaram a realização de ações coletivas em saúde bucal, principalmente vinculadas a atividades do Programa Saúde na Escola, salas de espera, palestras, rodas de conversa, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada. De forma complementar, os diálogos também indicaram a realização de avaliações coletivas e identificação de necessidades de tratamento durante as ações escolares, sugerindo articulação entre práticas preventivas e encaminhamento dos usuários para continuidade do cuidado na unidade de saúde. Tais aspectos podem ser observados nos discursos apresentados a seguir.

[...] A dentista faz ação educativa, faz palestra, sala de espera, roda de conversas e tem o PSE também que é na escola. [...] (EG-R04). Ela também faz na própria unidade algumas exposições para os pacientes, como sala de espera, eu já vi fazendo algumas vezes. [...] (E-U08).

A gente faz o PSE nas escolas, que inclui a promoção de saúde bucal, onde a gente orienta as crianças sobre escovação, sobre uso de fio dental, explica sobre a cárie, né? [...] Aí também vem a parte de escovação supervisionada e aplicação de flúor. [...] E agora a gente tá tentando colocar a cada dois meses. E a gente faz com a escola toda no mesmo dia (E-U01).

[...] a gente sinalizou aquelas crianças que precisavam vir até aqui pra ser feito. A gente fez uma outra também aqui. [...] No dia a gente até colocou aquele tapete de pintar, as crianças ficaram pintando enquanto fazia o atendimento (E-R04).

Entretanto, observa-se que tais ações permanecem predominantemente concentradas no ambiente escolar e nos espaços internos das unidades de saúde, evidenciando que as práticas educativas ainda se desenvolvem de forma mais direcionada a grupos específicos ou a oportunidades pontuais de abordagem dos usuários. Como elemento diferencial, uma das entrevistas apontou a participação da eSB em ações desenvolvidas em feiras livres do município, indicando a inserção da odontologia em espaços comunitários mais ampliados e multiprofissionais, conforme observado no discurso de E-U05: “Na Feira Livre, às vezes tem

sim, na Feira de Saúde. Aí a gente vai, como são vários estandes, a odontologia também se faz presente”.

Nesse sentido, os resultados deste estudo dialogam com os achados de Costa *et al.* (2010) e Rodrigues *et al.* (2019), os quais evidenciam que as ações de saúde bucal fora do âmbito clínico concentram-se predominantemente em atividades de educação em saúde no contexto escolar, com ênfase no PSE e na aplicação tópica de flúor, sendo realizadas de forma pontual e com baixa diversificação de cenários de atuação.

Observou-se ainda o envolvimento das equipes de saúde bucal em ações multiprofissionais desenvolvidas no território, destacando-se a participação da odontologia em campanhas como Outubro Rosa, Novembro Azul em atividades compartilhadas com outros profissionais da Atenção Primária. Além disso, outra complementaridade observada foi a realização de atendimentos odontológicos em articulação com o CAPS, envolvendo uma atuação itinerante conjunta entre dentista, psiquiatra e demais profissionais, ampliando a integração da saúde bucal em dispositivos de cuidado interprofissional.

[...] Já participei de ações dia das mulheres, Outubro Rosa, Novembro Azul. [...] E aí, às vezes, eu me proponho a fechar a agenda no dia e fazer a avaliação. Eu lembro que eu fiz isso, acho que, se eu não me engano, foi em Outubro Rosa (E-R06).

Tem o atendimento aqui no CAPS [...] itinerante, onde o dentista ele vai. [...] em outras unidades de saúde também, junto com o psiquiatra e outros profissionais também (EG-U03).

Os discursos também permitiram compreender como ocorre o planejamento e a organização das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na rotina dos serviços. Os achados apontaram a realização de reuniões voltadas à organização de ações coletivas, agendas, fluxos assistenciais e demandas do serviço, ocorrendo, em grande parte, de forma pontual e sem periodicidade definida. Além disso, emergiram nos relatos aspectos relacionados à participação restrita de auxiliares de saúde bucal em determinados encontros organizativos das equipes, indicando, na percepção de alguns participantes, a necessidade de maior inclusão desses profissionais nos espaços de discussão e planejamento das ações em saúde bucal. Tais aspectos podem ser observados nas falas apresentadas a seguir.

Ah, teve já, teve as duas. [...] Geralmente são reuniões que vão falar ou vão organizar, tipo, uma ação do dia dos homens [...] o que é que a odontologia vai fazer [...] E isso a gente se organiza entre si, eu e minha auxiliar (E-U07).

Tem sim reunião de equipe. [...] não tem uma frequência determinada, uma vez no mês, uma vez na semana, mas quando surgem demandas que precisam ser conversadas. [...] São mais coisas pontuais de equipe, entendeu? Protocolo de agendamento de pacientes, organização de agenda, número de pacientes, [...] Horário de chegada, hora de saída, permanência na unidade e tal, coisas pontuais, entendeu? (E-R09).

A reunião de equipe só é feita com os dentistas [...] E eu acho que falta isso, essa aproximação maior entre os profissionais. E quando fizer a reunião, ser reunião, não só com o dentista, mas também com suas auxiliares (E-U05).

Os achados desta pesquisa aproximam-se parcialmente do estudo de Oliveira *et al.* (2022), no qual profissionais de saúde bucal relataram participação pouco frequente em reuniões de equipe voltadas à discussão das demandas do território e organização do cuidado. Embora os participantes deste estudo indiquem a existência de momentos organizativos e espaços de planejamento das ações, os relatos sugerem fragilidades relacionadas à sistematização desses encontros e à inclusão de diferentes integrantes da equipe nos processos de discussão e tomada de decisão.

Nesse sentido, Melo e colaboradores (2016) ressaltam que quatro horas semanais devem ser destinadas à realização de reuniões entre os membros da equipe, com ou sem participação da coordenação, favorecendo a discussão de casos, o planejamento das ações, a avaliação do processo de trabalho e a troca de conhecimento entre os profissionais. Nessa direção, o fortalecimento desses espaços coletivos pode contribuir para maior integração entre os profissionais e para a construção compartilhada das ações desenvolvidas nos serviços.

Outro aspecto identificado nos discursos refere-se às barreiras operacionais relacionadas à organização e ao funcionamento cotidiano dos serviços de saúde bucal. Os relatos evidenciaram dificuldades associadas ao uso do prontuário eletrônico, à disponibilidade de computadores em algumas unidades e a limitações logísticas para o desenvolvimento das ações, especialmente relacionadas ao transporte para atividades externas, conforme ilustrado nos discursos seguintes.

A gente lança pelo PEC, né? [...] Agora, temos uma questão, né? [...] mas se você atende o paciente, o paciente volta, tá lá sem nada e você botou tudo [...] . E o sistema, ele some com tudo. Eu não sei se é porque o paciente é uma área descoberta.[...] Mas às vezes já aconteceu isso umas duas vezes comigo, umas duas ou mais (E-U07).

Hoje em dia, como tá sem o computador, a gente envia o paciente pelo celular. [...] E anota o procedimento que foi feito [...] às vezes deixo para terminar os dois turnos, quando o computador da recepção está livre eu vou lá e lanço (E-U01).

Uma das coisas que a gente vê aqui é transporte, né? A gente não tem transporte à disposição da unidade. Então, assim, isso dificulta. Às vezes a gente marca pra fazer algo que a gente já marcou de fazer PSE, tem que cancelar porque não tem transporte no dia e tal (E-R03).

Nesse contexto, Avila *et al.* (2021) também identificaram o desaparecimento de cadastros como uma limitação recorrente no uso do PEC, o que pode comprometer a confiabilidade das informações e gerar insegurança entre os profissionais quanto aos registros assistenciais, aspecto igualmente observado neste estudo. De forma complementar, Araujo e Souza (2025) destacam que dificuldades estruturais, logísticas e operacionais no trabalho domiciliar, especialmente a escassez de recursos humanos e a ausência de transporte adequado, constituem obstáculos importantes para a regularidade e ampliação das ações de cuidado no território.

As falas dos participantes também permitiram compreender questões relacionadas à oferta dos serviços especializados em saúde bucal no município. Os discursos destacaram a implantação do Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB), bem como a oferta de próteses dentárias na rede municipal, ampliando as possibilidades de atenção especializada aos usuários. Entretanto, também foram evidenciados desafios relacionados à consolidação desses serviços, especialmente no que se refere à realização de procedimentos endodônticos e cirurgias mais complexas, como pode ser observado nos trechos abaixo.

Tem a equipe SESB, né? É para funcionar os serviços de endodontia, mas ainda está na questão de trâmite, né? [...] A parte de canal não funciona e a de cirurgia ainda está limitada, né? (E-U01).

No município ele vai fazer 4 anos que foi contemplado também com prótese. Então, ele é oferecido em todas as unidades. Aonde o profissional, ele vai avaliar se o paciente está apto ou não para ganhar essa prótese. [...] ela é de fora do município. Antes a gente estava com os protéticos, ele era de Minas, mas agora foi trocado (E-U05).

Ó pra te ser sincero, a equipe SESB, ela não está em pleno funcionamento. [...] A gente, por questões financeiras, não teve a compra ainda de alguns materiais. [...] E aí, a gente realiza alguns atendimentos, só que não é o atendimento pleno, completo em tudo (CSB).

Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº 751/2023 institui o SESB como estratégia de ampliação da oferta de especialidades em saúde bucal na APS, provendo incentivos financeiros para implantação e custeio do serviço. Entretanto, os achados deste estudo evidenciam que, embora exista incentivo ministerial para implantação da política, persistem desafios estruturais e financeiros que podem dificultar a consolidação e o funcionamento pleno das especialidades ofertadas, especialmente em municípios de pequeno porte.

Esses achados reforçam que a existência formal de dispositivos voltados à atenção especializada em saúde bucal não garante por si só, a efetivação plena da assistência ofertada. Tal cenário também foi observado por Rossi e Chaves (2017), ao analisarem municípios baianos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) implantado. As autoras identificaram limitações relacionadas ao cumprimento das metas assistenciais e à ausência, no período analisado, da oferta algumas especialidades, como prótese dentária, periodontia e diagnóstico de lesões bucais, aspectos que se aproximam das fragilidades observadas neste estudo, embora em contextos distintos de organização da atenção especializada.

Em relação aos fluxos de referência e contrarreferência, os resultados desta pesquisa dialogam com o trabalho de Silva e Gottems (2017) e Rodrigues *et al.* (2019), na qual os autores apontam dificuldades relacionadas ao retorno das informações dos serviços especializados para a APS após a finalização do tratamento. De modo semelhante, os participantes desta pesquisa relataram ausência ou fragilidade na comunicação entre a APS e os serviços especializados, especialmente no que se refere ao retorno sistemático das informações às equipes de saúde bucal. Tal aspecto pode ser observado nos discursos que expressam a inexistência de contato direto entre as equipes da APS e o serviço especializado de prótese, conforme exemplificado nas falas abaixo.

Mas o ideal seria uma contrarreferência lá da equipe da prótese, né? Pra gente não se perder um pouquinho (E-U01).

[...] Eles, às vezes eles mandam essa planilha pra o paciente retornar [...] Mas, pra eles entrarem em contato, como tem aquela...nessa fichinha aqui, que não sei nem pra quê que serve, que é a referência e o...a contrarreferência [...] esse contato a gente não tem (E-R04).

Eu nunca tive nenhuma troca. Eu nem sei quem são, na verdade (E-R06).

A contrarreferência [...], na verdade, só existe isso da unidade da saúde para o SESB. [...] a maioria dos encaminhamentos acaba sendo de boca. [...] Aí, a gente acaba que não, não registrando em uma ficha de referência e contrarreferência (CSB).

Embora tenham emergido relatos pontuais indicando maior aproximação entre determinados serviços e a equipe de saúde bucal da APS, observou-se que, quando a comunicação entre os pontos da rede ocorre na maioria das equipes, ela acontece predominante de maneira indireta, mediada pela coordenação local ou pelo próprio usuário, sem a consolidação de fluxos institucionalizados de contrarreferência entre os demais serviços.

[...] Quando vem, o pessoal da prótese vem para poder moldar, a gente está sempre presente. [...] . E a gente sempre teve a parceria, sempre teve a comunicação com eles (E-U05).

[...] na verdade não, na verdade é o paciente mesmo. (E-R03) Eu não tenho comunicação com a equipe da prótese, aí é algo que vai para a coordenação (E-U07).

[...] quando tem alguma demanda que o paciente não tá apto pra fazer a prótese, eu pessoalmente faço a contrarreferência (CSB).

Além disso, observou-se que, nos casos de lesões bucais com necessidade de biópsia, os usuários são orientados a buscar diretamente um serviço ofertado em um município vizinho, vinculado a uma instituição pública de ensino superior, sem que tenham emergido nas falas fluxos formais institucionalizados de encaminhamento para esses casos. A partir desses achados, compreende-se que tais fragilidades podem repercutir na continuidade e na longitudinalidade do cuidado ofertado aos usuários após a realização do atendimento especializado.

[...] pacientes que têm algum tipo de lesão em boca, né? Se for uma lesão que necessita ser biopsiada, eu tento fazer o encaminhamento pro NUCAO, que é na UEFS, é gratuito e lá oferece o serviço de patologia (E-U01).

[...] foi orientado que era para o paciente ir buscar aquela unidade, que agora não me lembro [...], que poderia estar chegando lá, não precisaria estar marcando. [...] com um encaminhamento que ele seria atendido para fazer a biópsia (E-U05).

E ela foi encaminhada pra UEFS, mas eu nunca tive retorno dela. [...] a agente, ela falou comigo na época, que tinha conseguido levar ela, e que ela ia fazer a biópsia [...] (E-R06).

Observou-se, ainda, diferenças na forma como o processo de trabalho da equipe de saúde bucal foi percebido pelos participantes do estudo. Enquanto os profissionais da própria equipe de saúde bucal, descreveram aspectos relacionados ao planejamento das ações, à organização do cuidado, à utilização dos sistemas de informação e à articulação com outros pontos da rede, os discursos do grupo focal concentraram-se predominantemente em aspectos operacionais e assistenciais, como organização da agenda, oferta de procedimentos e disponibilidade de recursos materiais. A pouca menção a elementos relacionadas à vigilância em saúde, territorialização, planejamento compartilhado e discussão de casos sugere que parte das atribuições ampliadas da saúde bucal na APS ainda se mantém pouco reconhecida ou incorporada pelos demais profissionais, reforçando a centralidade da dimensão clínico-assistencial na compreensão sobre a atuação da odontologia na ESF.

A partir desses achados, compreende-se que a organização do processo de trabalho das eSB ainda se apresenta fortemente centrada na assistência clínica individual e na resolução de demandas imediatas, coexistindo com iniciativas de planejamento e ampliação das ações no território. Além disso, limitações relacionadas à organização dos serviços, ao funcionamento da rede de atenção e às condições operacionais podem repercutir na continuidade e na integralidade do cuidado ofertado. Nesse contexto, torna-se relevante compreender como se estabelecem as relações entre os profissionais e a dinâmica do trabalho em equipe no cotidiano dos serviços.

6.2. Dinâmica do trabalho em equipe e fragilidade no cuidado interprofissional.

Nessa categoria, foram abordados aspectos relacionados à dinâmica do trabalho em equipe e às fragilidades no cuidado interprofissional no contexto da APS. Os discursos dos participantes permitiram compreender elementos referentes à articulação interprofissional e ao cuidado compartilhado, às formas de comunicação e gestão do cuidado no território e às limitações presentes na atuação multiprofissional. Além disso, emergiram percepções relacionadas às atribuições da equipe de saúde bucal, ao perfil profissional para atuação na ESF, à valorização profissional e aos processos de formação em saúde, evidenciando fatores que podem repercutir na integração entre os profissionais, na organização do trabalho em equipe e na construção do cuidado interprofissional nos serviços.

No contexto das relações interprofissionais estabelecidas entre a equipe de saúde bucal e os demais profissionais da APS, observou-se a presença de articulações voltadas principalmente ao encaminhamento de usuários, apoio diante de demandas clínicas específicas e realização de visitas domiciliares. As falas também ressaltaram a contribuição dos ACS e da enfermagem na aproximação entre os usuários e os serviços de saúde bucal. Nesse contexto, o pré-natal odontológico surgiu como um dispositivo que promove interações entre diferentes categorias profissionais, especialmente a partir do direcionamento das gestantes para acompanhamento em saúde bucal.

Outra coisa, já chegou paciente aqui com angina [...]. Então eu fiz uma articulação com o médico, pra me ajudar na questão do diagnóstico, pra ver se ela precisaria ser internada, entendeu? [...] Os próprios agentes, às vezes, nos trazem pacientes pra prótese (E-U01).

E com a enfermeira também [...] Quando ela atende a gestante, ela já marca para que passe pelo pré-natal odontológico, a gente tem reforçado muito isso na unidade. [...] No dia que o paciente vir para o pré-natal, com o médico, já passa pelo pré-natal odontológico (E-R03).

No entanto, apesar de terem emergido movimentos de integração entre os profissionais, observou-se que essas interações ainda permanecem predominantemente centradas na circulação de demandas e troca de informações entre as categorias, com limitada incorporação de práticas colaborativas interprofissionais no processo de cuidado. Os achados também se aproximam do que foi descrito por Rodrigues e Assis (2005), que identificaram diferentes formas de organização do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde bucal, estruturadas a partir das opções de atendimento definidas pelo CD em cada realidade, caracterizando processos de trabalho distintos entre as equipes. Tal dinâmica pode favorecer uma atuação mais centrada na organização específica de cada categoria profissional, em detrimento da construção compartilhada do cuidado, restringindo o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais mais consolidadas.

Nessa perspectiva, Faccin *et al.* (2010) destacam que a atuação da eSB requer uma integração que ultrapasse a articulação técnica em situações pontuais e os encaminhamentos internos, incorporando a troca de conhecimentos e a construção coletiva das intervenções em saúde. Como expressão dessa integração, as visitas domiciliares surgiram como espaços capazes de favorecer maior aproximação entre os profissionais e ampliar a compreensão das necessidades de saúde presentes no território.

[...] a conversa não é diretamente né? [...] essa semana eu tive uma gestante chegou dizendo que a médica mandou ela pra lá. [...] Mas é muito raro o médico mandar para lá [...] Mas eu mando. Por exemplo, paciente com PA elevada, toda vez que vai fazer cirurgia, não toma um remédio, mando para lá [...] para consultar com o médico. [...] Aí eu não sei se ele vai. Alguns retornam, eu acho que foram, porque voltam normais já (E-U07).

[...] Eu acho que isso se desenvolveu mais depois que começou a se inserir as visitas domiciliares. Eu acho que houve um entrosamento melhor entre o médico e o dentista, porque eles estavam juntos na mesma visita, [...]. Porque antes [...] eu observava que era o médico na sala dele e o dentista na sala dele. E pronto. E aí, o único vínculo que eles tinham em comum era a enfermeira. Eles meio que não tinham vínculo tão junto. Depois das visitas domiciliares, eu vi que isso melhorou um pouco (CSB).

Ainda assim, alguns relatos evidenciaram experiências de condução conjunta de demandas clínicas entre diferentes categorias, com maior integração entre os núcleos de saber e a participação do usuário no processo terapêutico. Por outro lado, também emergiram desafios

relacionados à incompatibilidade entre os dias de atuação dos profissionais, aspectos que podem limitar o fortalecimento da interprofissionalidade no cotidiano dos serviços.

[...] eu não cheguei a conversar com o doutor não, porque eu quase não vejo ele. Eu só encontro ele aqui dia de segunda, e ele tá em atendimento o dia todo [...]. Já, já teve a antiga médica daqui [...]. Aí ela ia encaminhar pra mim, aí eu fazia o atendimento. [...] e aí eu lembro que ela tomava alguma medicação. [...] que tinha um pouquinho dessa absorção, né? E aí deixava, de fato, a boca dela seca. Aí eu até orientei que ela procurasse comprar aquelas pastilhas sem açúcar, pra poder... estimular um pouquinho mais da saliva, né? (E-R06).

Outro aspecto que emergiu nos discursos dos participantes esteve relacionado à dinâmica de comunicação e gestão do cuidado no território, destacando a utilização de grupos de *Whatsapp* como ferramenta de articulação entre os profissionais, organização das demandas e mobilização dos usuários. Os relatos também reforçam o papel dos ACS como importantes apoiadores na comunicação entre a eSB e os usuários do território. Além disso, surgiram elementos relacionados à relação entre saúde e escola durante as ações de PSE, embora uma das falas tenha apontado fragilidades no retorno das instituições escolares às demandas encaminhadas pelas equipes, como pode ser observado nos discursos apresentados a seguir.

[...] mas a gente tem um grupo no Whatsapp com toda a equipe, onde as demandas são passadas. Tanto a demanda médica, quanto da saúde bucal, de enfermeira, de vacina. Por exemplo, [...] precisei faltar, a gente coloca a agenda no grupo pra que os agentes avisem aos pacientes. [...] voltou a fazer tal procedimento que tava suspenso, a gente coloca no grupo (E-R03).

[...] Tem o WhatsApp da unidade, tem o telefone. [...] Só a questão da prótese, que eu mando para me comunicar com os agentes, né, porque são eles que fazem essa ligação de aviso, data de moldagem, entrega de paciente [...] (E-R06).

[...] Porque o PSE é uma ação que a gente tem que estar aliada com a escola. [...] E a escola não manda a lista. [...] [...] E aí, esses alunos tinham que ser notificados. Os pais tinham que ser notificados. Pra que levasse a dentista e não são notificados (E-U07).

Esses achados também dialogam com os dados do Censo Nacional das UBSs de 2024, que identificaram o WhatsApp (66,2%) e o contato telefônico (62,1%) como os principais meios de comunicação utilizados pelas equipes da APS no Brasil. A ampla utilização dessas ferramentas sugere sua incorporação ao processo de trabalho como recursos de apoio à coordenação do cuidado, à troca de informações e ao acompanhamento das demandas dos usuários no território. Nessa dinâmica de comunicação, a centralidade atribuída aos ACS aproxima-se dos achados de Peruzzo *et al.* (2018), que os reconhecem como elo entre a

comunidade e a eSF, contribuindo para a identificação das necessidades locais, a caracterização das demandas e o favorecimento do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Para além dos aspectos relacionados à comunicação e à organização das demandas no território, os relatos também permitiram compreender como a equipe de saúde bucal se insere nas ações multiprofissionais desenvolvidas nas unidades, revelando potencialidades, mas também fragilidades na construção do trabalho integrado. As falas evidenciaram que a participação da odontologia nas ações coletivas ocorre principalmente quando relacionadas ao seu núcleo específico de atuação.

Mas normalmente nessas ações que tem, né, ela me inclui pra fazer orientação, abordar algum tema importante da odontologia. [...] Por exemplo, do câncer de boca, é... teve um da gravidez também. [...] as palestras né, tipo de incentivo à vacinação, às vezes chega assim na sala de espera, aborda o tema, mas já é algo que não inclui muito o dentista, nesse sentido acho que não (E-U01).

Da última foi que a gente participou foi uma ação conjunta, que estava o médico, a nutricionista, a psicóloga, que foi uma sala [...] e aí a educadora passou alguns exercícios e o pessoal fez (E-R03).

[...] quando a gente vai pra escola aí vai a enfermeira, vai os agentes. [...] A última vez que a gente fez, elas fizeram sobre a dengue. A enfermeira também fez coisa sobre a dengue. E a gente entrou com a saúde bucal. Sempre que tem, qualquer outra ação, elas sempre vão (E-R04).

Embora alguns participantes tenham relatado a inserção da equipe em salas de espera, ações escolares ou outras atividades compartilhadas desenvolvidas nas unidades, observou-se nos discursos que essa atuação ainda acontece de forma pontual e pouco integrada às demais práticas coletivas do serviço. Também emergiram relatos indicando ausência da odontologia em determinados grupos já desenvolvidos em algumas unidades, bem como dificuldades relacionadas à incompatibilidade entre agendas profissionais e à fragmentação das práticas entre as categorias. Além disso, um dos discursos apontou a percepção de que ainda há necessidade de maior incentivo à integração entre os profissionais no cotidiano das unidades, evidenciando desafios para o fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Geralmente as visitas domiciliares que eu faço são exclusivamente demandas médicas. [...] não lembro de ter feito nenhuma visita domiciliar com a equipe de saúde bucal. Não sei também se existe a visita domiciliar específica da saúde bucal, por isso que eu nunca tenha feito (E-R09).

Em conjunto, ao mesmo momento não. A gente já foi assim, no mesmo dia eu fui primeiro, avalio o paciente e depois ela fez a avaliação posterior. [...] acho que a agenda mesmo, por causa da questão dos dias que ela está na unidade, muitas vezes talvez não tenha coincidido, né? (E-U08).

[...] Muitas vezes faltam por parte da gestão mesmo, organizacional, que cada um quer ser independente, fazer seu trabalho. [...] médico e dentista, eles vão, entram pra sua sala, fazem seu trabalho e vão embora. [...] Então acho que o contato é bem raro por causa disso.[...] geralmente essa troca tem muito mais com a enfermagem e com a medicina. A odontologia não é muito chamada para esse meio. Entendeu? [...] Acho que a odontologia fica sendo ela mesma lá quieta, no cantinho dela e pronto. [...] (E-U07).

Costa e colaboradores (2010) observaram em seu estudo que 50% dos cirurgiões-dentistas relataram desenvolver ações de forma integrada com os outros membros da equipe, enquanto os demais afirmaram que essa articulação ocorria apenas ocasionalmente ou não acontecia. De forma semelhante, os relatos desta pesquisa sugerem que a inserção da odontologia nas ações multiprofissionais ainda permanece centrada em seu núcleo de saber, evidenciando desafios para a ampliação de práticas mais integradas no cotidiano dos serviços.

Os discursos também permitiram compreender como os participantes percebem as atribuições da equipe de saúde bucal no contexto da ESF. De modo convergente, emergiu a compreensão de que a atuação da equipe deve ultrapassar a dimensão estritamente clínica e incorporar elementos relacionados à promoção da saúde, acolhimento, prevenção e cuidado humanizado, evidenciando uma percepção ampliada do papel da odontologia na APS. Essa compreensão aproxima-se das reflexões de Scherer *et al.* (2018), que destacam que a prevenção de doenças e a promoção da saúde constituem atribuições comuns aos diferentes profissionais da equipe, reforçando o compromisso compartilhado com a produção do cuidado para além das intervenções clínicas.

Eu acho que a promoção de saúde é uma delas, dentro da equipe, né? Dentro da unidade de saúde. [...] Um olhar diferenciado, individualizado, né? Uma escuta qualificada. O acolhimento, de fato, né? [...] A avaliação, tratamento, encaminhamento... (EG-R04).

Além das atividades assistenciais e operacionais do consultório, os participantes destacaram atribuições relacionadas à escuta qualificada, ao cuidado integral, à busca ativa, às visitas domiciliares, à participação em ações coletivas e à comunicação entre os membros da equipe, reforçando a compreensão de que o cuidado em saúde bucal envolve também ações voltadas ao vínculo, à prevenção e à produção do cuidado no território.

O relacionamento, né? Entre a equipe em si, com a comunicação. [...] O atendimento domiciliar, né? Que acontece (EG-U03).

A questão também, acho que do acolhimento também, né? [...] busca ativa também (EG-U01).

Entretanto, embora esses elementos apareçam de forma consistente nos diálogos, observou-se que muitas das práticas relatadas ao longo das entrevistas ainda permanecem fortemente centradas no atendimento clínico individual e nas demandas operacionais do consultório odontológico, com menor evidência de ações relacionadas ao planejamento territorial, territorialização, levantamento epidemiológico e inserção contínua da odontologia em espaços coletivos para além das ações pontuais desenvolvidas nas unidades e escolas. Tal aspecto sugere que, apesar do reconhecimento da necessidade de uma atuação ampliada e integrada, ainda persistem desafios para a consolidação de práticas alinhadas aos princípios da integralidade e da interprofissionalidade no contexto da APS.

Cuidar da sala, esterilizar material, né? O atendimento é de uma responsabilidade nossa. [...] Lavagem de material, pra que seja lavada de uma forma correta, né? (E-R03).

[...] A gente promove saúde, né? [...] pra mim isso é uma das maiores funções do dentista e de sua equipe na Estratégia da Saúde da Família: Promover saúde, movimentar o PSF. [...] A gente também tem a responsabilidade da prescrição medicamentosa, [...] a responsabilidade também com a saúde do paciente, né? [...] humanizar a odontologia. [...] Outra atribuição? Eu acho que é mais a organização, assim, das agendas, dos atendimentos. Eu acho que isso vai muito pra saúde bucal (E-U07).

No decorrer das entrevistas, também emergiram percepções relacionadas à valorização profissional. Os participantes apontaram questões relacionadas às condições de trabalho, ao reconhecimento financeiro, à visibilidade da saúde bucal nas equipes e à sobrecarga emocional dos profissionais, indicando aspectos que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde bucal. Giovanella (2018) destaca que a valorização dos trabalhadores, associada à despreciação do trabalho por meio de uma política de pessoal única para o SUS e da implementação de planos de carreira com dedicação exclusiva, favoreceria a construção de uma atenção básica mais estruturada, fortalecendo a qualidade da assistência ofertada à população.

Eu acho que é reconhecimento. [...] de modo geral, porque a gente, às vezes, dentro da unidade, e até mesmo pelos colegas da área de saúde, eu tenho observado que a gente colocado de lado. Como se tipo assim, a saúde bucal, vem depois da saúde de modo geral. E o reconhecimento tipo assim, [...] em retornos financeiros. Por exemplo, a gente trabalha, a gente tem muita responsabilidade e o retorno e o reconhecimento não é o ideal. Entendeu? (CSB).

[...] Eles poderiam...assim como eles fizeram com os agentes comunitários de saúde, eles podem fazer com a gente também. Dar o técnico pra gente. [...] Eu fico... às vezes até triste. Porque a gente não teve essa valorização. Que poderia ter dado (E-R04).

É assim, fala-se tanto em saúde mental dos pacientes, como atender aos pacientes, e como nós, profissionais da saúde, né, como um todo, somos atendidos. Entendeu? Como é que tá a saúde mental desses profissionais, o que é que a gente pode fazer? Tem uma escuta pra eles? Ou só é cobrança? (EG-R04).

Os discursos também evidenciaram relações de trabalho marcadas pelo acolhimento, diálogo, apoio mútuo e cooperação entre os profissionais, revelando a percepção de que o trabalho em equipe constitui um elemento importante para o funcionamento das unidades e para a condução do cuidado em saúde. Outro aspecto identificado refere-se ao reconhecimento de que a integração da equipe e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais tornam o processo de trabalho menos desgastante emocionalmente, favorecendo um ambiente mais colaborativo e acolhedor no cotidiano das unidades.

É uma relação muito boa, todo mundo se ajuda. Quando o meu tempo ficava curto em relação ao material e tinha paciente para atender e já tava chegando o momento também de fechar a unidade, então, eu sempre pedia as minhas colegas para me ajudarem [...] É sempre uma ajudando a outra dentro da unidade (E-U05).

[...] quando a gente entrosa todo mundo na equipe que fala a mesma língua, que está ali pelo mesmo objetivo, a carga fica mais leve. Mesmo que a gente não consiga resolver a situação, mas a carga já fica mais leve pra gente. Menos dolorosa (EG-R04).

Esses achados dialogam com Warmeling *et al.* (2019), ao compreenderem que o trabalho em equipe se constitui a partir da criação de laços entre os trabalhadores, do compartilhamento de valores e do uso que cada profissional faz de si em função do coletivo. Nesse sentido, as falas sugerem que, mesmo diante das limitações, as relações de apoio e cooperação entre os profissionais configuram importantes dispositivos para o fortalecimento do cuidado e para o enfrentamento das sobrecargas produzidas no processo de trabalho.

Para além das relações estabelecidas no trabalho em equipe, os participantes também refletiram sobre as características consideradas essenciais para atuação na ESF. De modo convergente, os discursos associaram esse perfil profissional a atributos como humanização, acolhimento, empatia, compromisso, ética e capacidade de compreender o usuário em sua integralidade, evidenciando a valorização de uma prática orientada para as necessidades dos sujeitos e do território. Também emergiram referências à promoção da saúde, ao conhecimento dos princípios do SUS e à coordenação do cuidado, indicando uma compreensão da atuação em saúde bucal que ultrapassa a dimensão estritamente técnica.

Ele tem que ser um profissional humano, né? Pra atender aquele problema do paciente, [...] tem que ser um profissional que acolhe, certo? Que tenha participação, esteja envolvido com os problemas de saúde bucal e também de geral. Olhar o paciente como um todo (E-U01).

Eu acho que ele tem que ter muito enraizado a questão dos princípios, né? Do SUS. De ter uma ideia de longitudinalidade, de coordenação do cuidado, né? Eu acho que isso daí é fundamental. A questão da humanização [...] Muitas vezes você vai ter [...] atender aquele paciente. Entender o contexto social que vive [...]. Talvez aquele seu atendimento seja uma das primeiras vezes que ele foi procurar um profissional de saúde (E-U08).

[...] ainda existem profissionais, apesar de trabalharem na saúde [...] que não se enxergaram ainda [...] que promovem a saúde, né? Como provedores da saúde. Tem profissionais de saúde e tem profissional da saúde. E todos na unidade são profissionais da saúde, com suas atribuições e com suas contribuições dentro da equipe (EG-R04).

Esses resultados aproximam-se das reflexões de Barbosa e Mendes (2022), que defendem a necessidade de uma atuação profissional pautada em valores e conhecimentos capazes de sustentar práticas humanizadas, integradas e promotoras de saúde. Nesse sentido, chama atenção o fato de que os participantes reconheceram como essenciais atributos compatíveis com uma concepção ampliada do cuidado, coerente com os princípios do SUS e com a necessidade de compreender os usuários para além de suas demandas clínicas imediatas. Entretanto, a presença desses elementos nas percepções expressas pelos participantes não elimina os desafios para sua materialização no cotidiano dos serviços, marcado por demandas assistenciais que ainda tendem a direcionar a atuação para práticas clínico-centradas.

Por fim, os achados deste estudo evidenciaram que, embora a formação acadêmica seja reconhecida como importante para aproximação inicial com o SUS e com as práticas desenvolvidas na APS, os participantes compreendem que a consolidação da atuação profissional ocorre principalmente por meio das vivências práticas, da inserção nos serviços e da qualificação contínua. Esse entendimento dialoga com os achados de Costa et al. (2010), nos quais a maioria dos CDs avaliou positivamente sua formação, embora mais da metade tenha reconhecido a necessidade de ampliar conhecimentos relacionados ao SUS e à Saúde da Família.

[...] Não digo tanto em relação à instituição de ensino, mas em relação ao aluno. [...] Claro que existem instituições de ensino que são bem degradantes, assim, em relação ao processo de ensino, de didática, do conteúdo programático em relação à SUS. Mas, é... sempre 80% da responsabilidade parte da força de vontade [...] (E-R09).

[...] todas as faculdades ensinam, eu acredito. E o profissional, quem faz, somos nós mesmos, pela busca. [...] porque, assim, não é eu me formei e vou

parar ali. Porque tá mudando o tempo todo. E você tem que trazer coisas novas [...] é como um combustível pra gente (EG-R04).

De modo geral, os achados desta categoria evidenciam que a dinâmica do trabalho em equipe favorece importantes movimentos de integração entre a equipe de saúde bucal e os demais profissionais da APS. Contudo, a construção do cuidado interprofissional ainda ocorre de forma incipiente, marcada por interações predominantemente pontuais, centradas na troca de informações e em encaminhamentos, coexistindo com potencialidades relacionadas ao fortalecimento do diálogo, da cooperação, da valorização profissional e da qualificação para uma atuação mais integrada.

6.3. Produção do cuidado e relação com o usuário: falta de adesão ao processo de cuidado

Essa categoria permitiu compreender aspectos relacionados à produção do cuidado em saúde bucal na APS, a partir das experiências e percepções dos profissionais acerca da relação estabelecida com os usuários. Os discursos evidenciaram elementos que atravessam a condução do cuidado, envolvendo desde a tomada de decisão clínica e a coordenação da assistência até estratégias de educação em saúde, adesão ao cuidado, integralidade, vulnerabilidade, equidade e vigilância em saúde.

Entre os elementos que compõem a produção do cuidado, destacaram-se aspectos relacionados à tomada de decisão clínica e à coordenação do cuidado, expressos nas diferentes estratégias adotadas pelos profissionais diante das necessidades apresentadas pelos usuários. As falas contemplam desde a realização de procedimentos possíveis no próprio serviço até a definição de encaminhamentos e articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde, evidenciando diferentes formas de condução dos casos.

[...] Ele vem pra uma exodontia, não tem, a gente faz uma limpeza, faz alguma outra coisa que dá para chegar, para o paciente não sair daqui sem o atendimento, pelo menos, aquele atendimento inicial que é para ser feito (E-R04).

[...] Sim, é tanto que a gente tem um caso desse, né, [...] ela não quis coletar, ela preferiu mandar para a UEFS, em Feira de Santana, aonde esse paciente foi diagnosticado, um CA de boca, e voltou para a nossa unidade, até porque nem ele, nem a irmã tem conhecimento, né? E aí a gente conseguiu encaminhar ele para Salvador. Hoje ele é acompanhado em Salvador. [...] A

gente tomou iniciativa, mas pediu apoio, né, a secretaria, onde tivemos todo o aparato (E-U05).

Além dos aspectos relacionados à condução clínica dos casos, os relatos evidenciaram que os recursos mediadores ocupam papel relevante na aproximação entre profissionais e usuários, favorecendo a construção de práticas educativas mais acessíveis e facilitando a compreensão das orientações em saúde bucal. Nesse contexto, emergiu o uso de diferentes recursos, como macromodelos, banners, kits de higiene bucal e folders, especialmente em ações coletivas. Além disso, os relatos evidenciaram a adoção de estratégias criadas ou adaptadas pelos próprios profissionais para responder às necessidades encontradas na prática, demonstrando que a efetividade das ações educativas não depende exclusivamente da disponibilidade de materiais, mas também da capacidade de adequar as abordagens às condições concretas e à realidade dos usuários.

[...] A gente ensina a fazer um fio dental em casa, né? [...] a gente pegava linha, três peças de linha, pega o creme dental e une essas três peças. Põe pra secar e depois você vai usar (E-U05).

E nos projetos também de PSE, quando tem, a secretaria também manda o kit, que é a escova, a pasta e o fio dental (EG-U05).

Esses resultados corroboram com os achados de Gomes e colaboradores (2020), que identificaram as palestras, a demonstração de técnicas e as atividades lúdicas entre as principais estratégias de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais, tendo a higiene bucal como temática mais frequentemente abordada. Em conjunto, os estudos evidenciam o potencial desses recursos para qualificar as ações de educação em saúde, tornando as orientações mais acessíveis e favorecendo o envolvimento dos usuários no cuidado.

Outro aspecto evidenciado nos discursos foi a baixa adesão dos usuários ao cuidado em saúde bucal. As falas apontaram que esse fenômeno se manifesta tanto na procura tardia pelos serviços quanto na interrupção dos tratamentos, no absenteísmo e na resistência ou dificuldade de compreensão de determinadas condutas clínicas. Além disso, os participantes relataram que a baixa adesão repercute no processo de trabalho das equipes, produzindo sentimentos de frustração diante das limitações encontradas para garantir o acompanhamento e a efetivação do cuidado proposto.

[...] Na odontologia, os pacientes, eles costumam procurar o dentista quando eles estão sentindo dor. Eles não vão procurar você por uma questão de rotina de seis em seis meses. é raro [...] (E-U07).

[...] Conseguir meios de fazer com que a população tenha uma adesão boa a meios de prevenção. [...] o maior desafio é a adesão (E-R09).

A gente tem na unidade uma equipe completa, aberta a acolher, a promover, né, e eles não valorizam, [...] É parecendo que eles estão querendo extrair cada vez mais da gente, né? Algo que a gente importa é para gente se virar [...] pra convencer a eles a cuidar da saúde deles. [...] Isso acaba desmotivando a gente um pouco. Deixa a gente triste (EG-R04).

Entre os fatores associados às limitações observadas na adesão e no acompanhamento dos usuários, alguns participantes apontaram a influência das condições de vulnerabilidade presentes no território. As falas evidenciaram barreiras financeiras, dificuldade de acesso a tratamentos especializados e situações de fragilidade social que podem repercutir na busca, continuidade e efetivação do cuidado em saúde bucal. Nesse contexto, os profissionais demonstraram reconhecer que a produção do cuidado exige estratégias que considerem as singularidades dos usuários e as desigualdades que atravessam suas condições de vida, aproximando a atuação da equipe dos princípios da equidade no âmbito da APS.

[...] a demanda do PSF é basicamente do pessoal da classe C, que não tem condições financeiras e que às vezes acha que um canal é muito caro, e por mais que a gente esteja ali batendo na mesma tecla, conscientizando, ainda é um pouco difícil (E-R03).

[...] infelizmente, a gente vai pra escola e a gente vê situação, assim, que a criança escova com a escova do pai, o dois irmãos, no caso, não tem escova e a gente pensa que é absurdo, que ela tá mentindo? Não, a gente vê a realidade. A gente fica assim, meu Deus, acontece isso ainda? Acontece (EG-U05).

[...] Porque muita gente aqui a gente sabe que não tem tanta condição. Então eles vêm procurando a gente por uma forma de socorro. Então acho que a gente tem que saber um pouco de tudo. [...] Porque a gente é a única opção que eles têm (CSB).

A literatura também aponta elementos que ajudam a compreender esse cenário. Lopes e Souto (2022) identificaram que a não adesão aos cuidados odontológicos esteve relacionada à compreensão da saúde como ausência de doença, ao medo do tratamento e ao vínculo fragilizado com o CD. Já Galvão e colaboradores (2022) observaram que indivíduos com menor classe social e escolaridade apresentaram maiores chances de realizar acompanhamento odontológico irregular ou nunca terem acessado o serviço. Esses achados reforçam a compreensão de que as dificuldades de adesão envolvem não apenas aspectos individuais, mas também condições sociais que influenciam a busca e a continuidade do cuidado em saúde bucal.

Apesar das limitações observadas no processo de adesão ao cuidado, os participantes deste estudo reconheceram a saúde bucal como um componente fundamental da APS. Os discursos atribuíram à eSB um papel relevante na atenção à saúde da população, destacando

sua contribuição para o acesso ao cuidado, para a resolatividade das demandas e para o apoio às ações desenvolvidas pelas demais categorias profissionais.

[...] eu fico imaginando, se tirassem a equipe de odontologia, o que é que essa população ia fazer? Porque existem pacientes com dor de dente, com edema facial, com abscesso, vai para o hospital, o médico não olha na cavidade bucal, ele vai simplesmente, ah, está com dor de dente, dexametasona, vai para casa. E o paciente se perde nisso aí (CSB).

[...] a equipe de saúde da família sempre vem evoluindo pra melhor [...] nesses 20 anos, quando a gente começou [...] Quando a gente começou era enfermeiro, médico, sala de vacina, recepção, né? A pessoa da limpeza. A gente vê que hoje essa equipe tem se multiplicado com outras profissões inseridas dentro, né? Uma equipe multiprofissional. E assim, o papel do dentista, da equipe de saúde bucal dentro da saúde da família só veio, assim, agregar e melhorar muito o atendimento, e melhorar muito a vida dos pacientes. gente vê isso na prática, no dia-a-dia (EG-U01).

Por fim, os relatos também trouxeram aspectos relacionados à educação permanente e às estratégias de vigilância em saúde, evidenciando pontos ainda pouco consolidados no desenvolvimento das ações em saúde bucal. Os participantes relataram experiências pontuais de capacitação, frequentemente associadas a iniciativas externas ou a temáticas mais gerais da assistência, ao mesmo tempo em que apontaram a necessidade de espaços formativos voltados às especificidades da prática odontológica na APS. Esse cenário aproxima-se dos achados de Scherer *et al.* (2018), que identificaram que as ofertas de educação permanente destinadas aos profissionais de saúde bucal, tanto de nível superior quanto técnico, ocorrem de forma pontual e, quando existentes, tendem a acontecer de maneira isolada do conjunto da eSF.

[...] Teve, mas... como a equipe de saúde bucal [...] os auxiliares, eles ficavam de fora. Teve agora o de primeiros socorros, né? Aí a gente não participou (E-R04).

Teve um, eu não lembro o que foi, [...], eu acho que foi uma capacitação. [...] E eu lembro que foi no final do ano passado, que inclusive foi ofertado pela cooperativa. [...] E agora vai ter um nesse mês que eu acredito eu vá. [...] Eu acho que é primeiros socorros. [...] Pela cooperativa (E-R06).

Embora os relatos apontem fragilidades na oferta de processos formativos específicos para a saúde bucal, também foram relatadas iniciativas que podem contribuir para o fortalecimento da atuação interprofissional. Entre elas, destaca-se a proposta de qualificação dos ACS para identificação de agravos bucais e encaminhamento oportuno dos usuários, sinalizando possibilidades de apoio matricial e ampliação do cuidado compartilhado.

Eu estou pensando em até fazer uma capacitação dos agentes pra identificar alguns problemas de saúde bucal e dar pelo menos uma orientação do paciente

procurar o posto. Surgiu a partir desse mural que tem aqui. [...] E aí eu vi que estava meio que zerado. [...] É. Aí eu estou pensando em trazer essa orientação. Porque eles tem uma base até para preencher. E também para trazer o paciente para a unidade (E-U01).

No que se refere à vigilância em saúde, observou-se fragilidade na utilização de informações epidemiológicas e territoriais para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal. Tal cenário distancia-se do que é preconizado pela PNSB e sugere que a vigilância ainda ocupa um espaço pouco estruturado na organização do cuidado. Os relatos apontam não apenas limitações na incorporação desses instrumentos ao processo de trabalho, mas também dificuldades em reconhecer seu potencial para orientar a tomada de decisão e o planejamento das ações.

Isso foi conversado aqui, recente, entre mim e a enfermeira. Eles fizeram um levantamento epidemiológico que tem [...] um mapa, né? E aí eles fizeram e lá não tem nada [...]. Sobre a minha área. [...] E aí ela me questionou. . Só que eu falei pra ela, eu não sou daqui, né? Não conheço o pessoal da região. [...] Os agentes, eu acho que eles falham muito nessa comunicação. Porque eles que devem fazer essa busca na região deles, né? Principalmente porque aqui é um lugar pequeno. Então o perfil epidemiológico não tem nada relacionado à odontologia (E-R06).

Acho que pra aqui acho que hoje não agregaria, não. Porque, tipo assim, qual é o levantamento que a gente levantaria? Quantidade de cárie? Doença periodontal? Não sei. Não tenho muita ideia quanto a isso, não. Talvez poderia fazer sobre a evasão, né, desses pacientes, pra tentar atraí-los de novo. Mas... É um pouco complicado (E-U07).

Nesse sentido, Scherer e colaboradores (2018) observaram que, embora as equipes de saúde bucal realizassem levantamentos epidemiológicos com escolares para classificação de risco e organização da demanda clínica, os dados produzidos permaneciam pouco articulados ao planejamento coletivo das ações desenvolvidas no território. Esse cenário reforça que a produção de informações epidemiológicas, isoladamente, não assegura sua incorporação ao processo de trabalho, sendo necessário que esses dados sejam apropriados pelas equipes como ferramentas para o planejamento, monitoramento e organização das ações de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste estudo evidenciou que a atuação da eSB na ESF é atravessada por avanços na compreensão do cuidado para além da lógica biomédica, mas também marcada por limites que dificultam a materialização desse entendimento nas práticas cotidianas. Embora os profissionais reconheçam a saúde bucal como componente fundamental do cuidado integral e atribuam à equipe um papel que ultrapassa a dimensão estritamente clínica, as práticas desenvolvidas ainda permanecem fortemente influenciadas por uma lógica assistencial voltada para o atendimento individual e para a resposta às demandas imediatas dos usuários.

Embora tenham sido identificadas iniciativas voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente por meio de atividades coletivas desenvolvidas em escolas e na própria unidade de saúde, através de salas de espera, observou-se limitada incorporação de estratégias relacionadas à vigilância em saúde, ao planejamento territorial e à utilização de informações epidemiológicas para subsidiar a organização das ações. Além disso, aspectos como o controle social e a territorialização não foram evidenciados nos discursos dos participantes, sugerindo fragilidades na integração desses elementos ao processo de trabalho.

Cabe destacar ainda que, embora o estudo tenha contemplado diferentes categorias profissionais, observou-se um menor aprofundamento de determinados aspectos do processo de trabalho nas falas do grupo focal, evidenciando um relativo silenciamento de dimensões como vigilância em saúde, territorialização e planejamento compartilhado do cuidado, quando comparado às entrevistas individuais. Tal achado evidencia que essas dimensões assumem diferentes níveis de visibilidade nos discursos dos distintos grupos participantes.

A experiência enquanto pesquisadora e profissional inserida na APS também permite compreender que a limitada incorporação dessas práticas não decorre exclusivamente da atuação individual dos trabalhadores. Aspectos relacionados à elevada demanda assistencial, às dificuldades de articulação entre os profissionais e à necessidade de maior investimento em espaços de planejamento, integração e reflexão sobre o processo de trabalho podem dificultar a consolidação de ações voltadas à vigilância em saúde, territorialização e controle social, além de repercutirem na construção de relações colaborativas entre as equipes. Nesse sentido, torna-se importante fortalecer estratégias que favoreçam a incorporação dessas práticas, reconhecendo sua relevância para a qualificação do cuidado na APS.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a inclusão da equipe multiprofissional (eMulti) poderia ampliar a compreensão das relações interprofissionais no contexto investigado. Entretanto, durante o período de coleta de dados, a equipe encontrava-se em processo de reorganização e recomposição profissional no município, o que inviabilizou sua participação na pesquisa. Além disso, por se tratar de um estudo desenvolvido em um município de pequeno porte, os achados devem ser interpretados considerando as especificidades do cenário estudado. Ainda assim, acredita-se que os resultados produzidos contribuem para a compreensão dos desafios e potencialidades da atuação da equipe de saúde bucal na APS.

No âmbito do trabalho em equipe, os resultados evidenciaram a existência de relações colaborativas entre os profissionais, expressas principalmente através da comunicação cotidiana, dos encaminhamentos internos e do apoio mútuo diante das demandas dos usuários. Contudo, verificou-se que a colaboração ocorre predominantemente de forma pontual e informal, ainda coexistindo com práticas organizadas a partir de núcleos profissionais específicos. Somam-se a isso a necessidade de fortalecimento das ações de educação permanente, especialmente aquelas voltadas às especificidades da saúde bucal e ao desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais da APS.

Por fim, considerando os desafios identificados e o potencial das equipes para ampliar práticas colaborativas no território, foi elaborado um guia prático (Apêndice F) voltado ao fortalecimento da interprofissionalidade entre as equipes de saúde bucal e da família. O produto busca contribuir para a incorporação de ferramentas e estratégias que favoreçam o planejamento compartilhado, a integração das ações, a prática colaborativa e a comunicação interprofissional, favorecendo a produção do cuidado centrado nas necessidades dos usuários.

Espera-se que este estudo e o produto desenvolvido possam apoiar gestores, profissionais e equipes na construção de práticas mais integradas, resolutivas e coerentes com os princípios que orientam a APS e o SUS, possibilitando o envolvimento e a atuação conjunta da equipe de saúde bucal nesses espaços de cuidado.

8. PRODUTO TÉCNICO DESENVOLVIDO - “GUIA PRÁTICO PARA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Como produto técnico deste estudo (Apêndice F), foi desenvolvido um guia prático para interprofissionalidade direcionado às eSB e eSF do município (Azevedo; Rodrigues, 2026), com o objetivo de explorar possibilidades para o fortalecimento das práticas interprofissionais colaborativas no contexto da Atenção Primária à Saúde.

O guia foi apresentado inicialmente às equipes que participaram da pesquisa, totalizando quatro equipes. As demais equipes do município ainda não foram contempladas até o presente momento, em virtude de limitações relacionadas ao cronograma da pesquisa, à logística de deslocamento entre as unidades e à organização das agendas de trabalho das equipes, prevendo-se a continuidade e ampliação dessa proposta em etapas futuras.

Para a socialização do produto técnico, foi realizado um encontro com cada equipe participante da pesquisa, com duração de aproximadamente 60 minutos, nas respectivas unidades de saúde e em horários previamente pactuados com a gerência local. Inicialmente, foi desenvolvida uma dinâmica de sensibilização sobre o conceito de interprofissionalidade, permitindo identificar a compreensão dos participantes acerca da temática. Em seguida, ocorreu a apresentação do guia, com destaque para as ferramentas nele descritas para apoiar o fortalecimento da interprofissionalidade no cotidiano dos serviços. Ao final, foi realizado um exercício prático baseado em estudo de caso, utilizando elementos do Projeto Terapêutico Singular (PTS), com o objetivo de exemplificar a aplicação prática das ferramentas propostas e estimular a reflexão sobre o planejamento compartilhado do cuidado e a atuação integrada entre os diferentes profissionais.

Na ocasião, além da apresentação do guia, foi realizada uma breve socialização dos principais resultados da pesquisa, bem como do processo de desenvolvimento do produto técnico, destacando sua relação com os achados do estudo. Ao final da atividade, foi disponibilizada cópia impressa do material para cada unidade de saúde participante. Além disso, uma versão digital do guia foi compartilhada com os profissionais por meio de ferramentas de comunicação utilizadas pelas equipes, como o *Whatsapp*, ampliando o acesso ao material.

O material também foi disponibilizado para as demais equipes do município e poderá ser utilizado como instrumento de apoio para discussões sobre o trabalho interprofissional no cotidiano das práticas na APS.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ANTUNES, H. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. **Implantação do acolhimento em saúde bucal e o envolvimento da equipe multiprofissional em unidade de saúde da família da periferia de Salvador-Bahia, Brasil: avanços e limites**. 2016.

AVILA, G. S.; CAVALCANTE, R. B.; ALMEIDA, N. G.; GONTIJO, T. L.; BARBOSA, S. S.; BRITO, M. J. M. Difusão do Prontuário Eletrônico do Cidadão em Equipes de Saúde da Família. **REME- Rev Min Enferm**, 2021. DOI: 10.5935/1415.2762.20210045

ANDRADE, P. C. S. de; SOUZA, A. C. de F.; NANTES, H. B. G. B.; MENDES, M. Z.; CARVALHO, R. F. Atuação da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliar de idosos acamados. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 4, p.19413-19420, jul/aug., 2023.

ARAÚJO, Riane Santos de; SOUSA, Gustavo Rodrigues. **Atuação da equipe odontológica no Programa Melhor em Casa no município de Fortaleza**. 2025. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, 2025.

AZEVEDO, J. O.; RODRIGUES, A. A. A. O. **Guia Prático para Interprofissionalidade**. Produto educacional (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, 2026, p. 12.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 07 de dezembro de 2024.

BRASIL. Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; Senado Federal; 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. BRASIL.

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mai. 2016.

BARROS, F. P. C. de; LAPÃO, L. V. A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde. **Anuário do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 15, supl. 1, p. S89-S100, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 mar. 2001. Seção 1. p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil como novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2019. Acesso em 09 de fevereiro de 2025.

BARBOSA, A. B.; MENDES, L. Y. P. O Papel da Odontologia na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 8, n. 02, 2022. doi.org/ 10.51891/rease.v8i2.4322

BRASIL. Ministério da Saúde. Nova lei garante saúde bucal a todos os brasileiros pelo SUS. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/para/2023/maio/nova-lei-garante-saude-bucal-a-todos-os-brasileiros-pelo-sus-veja-os-credenciamentos-para-o-para>. Acesso em: 09 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751_20_06_2023.html> Acesso em 25 de maio de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. *SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 537 p. : il.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Lei/L14874.htm>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024. Acesso em 09 de fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Censo Nacional: Unidades Básicas de Saúde 2024*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

<<https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/205ba9e2da8db0f663b27ae56eba7e80.PDF#page=221>>. Acesso em 24 de maio de 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 2024.

BLAVA, J. O.; OLIVEIRA, R. A. **REVISTA CADERNO PEDAGÓGICO – Studies Publicações e Editora Ltda.**, Curitiba, v. 22, n. 6, p. 01-16. 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n6-138

COSTA, R. M.; JÚNIOR, A. M.; COSTA, I. C. C.; PINHEIRO, I. V. A. Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção. **Rev Odontol Bras Central**, v. 19, n. 51, 2010.

COSTA, L. R. O. **Desafios de uma cirurgia-dentista na Atenção Básica**. 2020. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Fundação Estatal de Saúde da Família. Instituto Gonçalo Moniz. Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2020.

DE ANDRADE, P. C. S.; SOUZA, A. C. de F.; NANTES, H. B. G. B.; MENDES, M. Z.; CARVALHO, R. F. Atuação da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliar de idosos acamados. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 19413–19420, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-426.

DO AMARAL, L. N. BITENCOURT, F. V.; LAMMERS, J. M. S.; OLSSON, T. O ; TOASSI, R. F. C. Estratégia Saúde da Família como cenário de atuação profissional do cirurgião-dentista: análise da percepção de estudantes de Odontologia. **Saberes Plurais: Educ. Saúde**, v. 6, n. 2, ago./dez. 2022.

ELBERT, A. C.; DO VALLE, P. H. C. O processo de trabalho do cirurgião-dentista no programa de saúde da família e seus desafios. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2023.

FARIAS, M. R. de ; SAMPAIO, J. J. C. Integração Da Equipe De Saúde Bucal Na Estratégia Saúde Da Família: A Percepção Dos Profissionais. **Rev B. S. Publica Mielo**. v.34, n.4, p. 745-757 out./dez. 2010.

FACCIN, D. F.; 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, p. 1643-1652, 2010

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

FRANCO, P. G. **Processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva da integralidade**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - . Universidade Federal de Juiz de Fora.

FARIAS, E. et al. A atuação do cirurgião-dentista dentro de um programa de residência multiprofissional em saúde da família: desafios e potencialidades. **FAG Journal of Health**, v. 3, n. 1, p. 99, 2021.

- 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**, v. 27, n. 2, p. 666-683, mar. 2023.
- GIOVANELLA, LÍGIA. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00029818
- GOMES, J. K.; ALBUQUERQUE, A. L. G. de A.; SOUTO, I. P. G.; MELO, M. M. D. C. A Equipe de Saúde Bucal e as práticas de Vigilância em Saúde no território. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 45-63, 2020. Epub Mai/2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2637>
- GODOI, N. L. da S. **O cirurgião-dentista e o trabalho interprofissional na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. 103 f.
- GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, A. C. O.; MORAIS, H. G. F.; RONCALLI, A. G. Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p.2437-2448, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022276.17352021
- LIMA, E. de F. A. et al.. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016.
- LEME, P. A. T.; BASTOS, R. A.; TURATO, E. R.; MENEZES, M. C. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Physis**, v. 29, n. 1, 2019.
- LUCAS, B. B. **Interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família (ESF): Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Integração do Cirurgião-Dentista**. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2019. 60 f.
- LOPES, T. T. V.; SOUTO, B. C. A. Percepções de usuários adultos sobre sua não adesão aos cuidados primários de saúde bucal: estudo qualitativo. **J Manag Prim Health Care**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1187>.
- LIMA, A. M. F. S.; CHAVES, S. C. L. A Política de Saúde Bucal no Brasil: continuidades e mudanças no período 2011-2016. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 49, n. 1, 2025. DOI: 10.22278/2318-2660.2025.v49.n1.a4542
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2010. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2014.
- MEDEIROS, M. G. de. **Percepções da equipe da estratégia saúde da família em relação a atuação da equipe de saúde bucal**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. 24 f.
- MELO, L. M. L. L. et al. A Construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 42-55, 2016.
- NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1809-1829, 2019. DOI: 10.1590/1413-8123018245.08892017

OLIVEIRA, M. T. P.; FARIAS, M. R; VASCONCELOS, M. I. O.; BRANDÃO, I. R. 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, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320106>.

PINTO, C. C. M. **Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia Saúde da Família: a percepção do cirurgião-dentista**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. doi: 10.11606/D.17.2008.tde-29102009-112406. Acesso em 28 de setembro de 2024.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 22, Suplemento 2, p. 1525-1534, 2018.

PERUZZO, H. E.; BEGA, A. G.; LOPES, A. P. A. T.; HADDAD, M. C. F. L.; PERES, A. M.; MARCON, S. S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0372

PEREIRA, C. B.; FÉLIX, S. B. C. M.; HORTA, M. L. S.; GABARDO, M. C. L.; CALDARELLI, P. G. Percepção de trabalhadores da Atenção Básica sobre a atuação interprofissional da equipe de saúde bucal. **Revista Sustinere**, v. 10, n. 2, p. 521–538, 2022. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2022.57232>

PARANAIBA, G. D.; ALVES, L. K.; ROCHA, A. P. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, 2022.

RODRIGUES, A. A. A. de O. **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**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana.

RODRIGUES, A. A. A. de O; ASSIS, M. M. de A. Oferta e demanda na Atenção à Saúde Bucal: O processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, 2005. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2005.v29.n2.a1008>

RODRIGUES, A. A. A. de O.; BOMFIM, L. S. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família em Município do Semi-Árido Baiano (Feira de Santana): Organização e Micropolítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 188-200, 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S314

RODRIGUES, A. A. A. O.; OLIVEIRA, M. Q.; SANTOS, M. H. A.; JÚNIOR, A. J.; SILVA, A. K. P. Qualidade da atenção em Saúde Bucal: entraves que dificultam a prática das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 22, n. 4, 2019. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15958>

REIS, G. V. A. **Percepção da Equipe de Saúde da Família com Relação a Atuação Fonoaudiológica em Ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde. Trabalho de Conclusão de curso (Fonoaudiologia)** - Universidade Federal de Santa Catarina, 2019, 25f.

RIOS, E. B. et al. A Gestão Do Cuidado De Cirurgiões-Dentistas E Enfermeiros Egressos E Não Egressos De Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família: Análise Comparativa. **Revista da Universidade Vale do Rio**, v. 21, n. 1, 2022.

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

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SOARES, E. F. ; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. do C. M. Percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a atuação das equipes de saúde bucal em Goiânia, em 2009: estudo qualitativo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(3):483-490, jul-set 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. ISBN 9788565848282.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. dos A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev Saúde Pública**, p. 49-98, 2015.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde Debate**, v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S216

SILVA, J. A. M. da.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 16-24, 2015.

SPEZZIA, S. A Estratégia de Saúde da Família: o papel da equipe de saúde bucal. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda (RJ), v. 17, n. 48, p. 125-130, abril de 2022.

SILVA, G. C. G. V. da; SILVA, M. A. M. da .; NOGUEIRA, P. P; BARBOSA, O. L. C. Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-univerSUS**. v. 12, n. 1,p: 60-65, 2021

SILVA, E. L. da. **Mudanças teóricas e conceituais na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017: tecendo considerações sobre apoio matricial, clínica ampliada e trabalho multiprofissional**. 2024. 70 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto René Rachou. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte, 2024.

SOARES, A. B. S.; SANTOS, R. M. M.; SANTOS, E. S. dos. A importância dos indicadores de gestão em saúde e sua interface com a odontologia para qualificação da assistência. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, 2024.

TOASSI, R. F. C. et al. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, 2020.

TESSER, C. D. et al.. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 361-378, setembro de 2018.

WARMLING, C.M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E.T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>

ANEXOS

ANEXO A- Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEFS)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86593325.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.688.210

Apresentação do Projeto:

parecer de análise de retorno de relatoria da pesquisa Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Pesquisador Responsável: JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO

Objetivo da Pesquisa:

segue inalterado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segue inalterado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver conclusão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências atendidas

situação do protocolo: aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Continuação do Parecer: 7.688.210

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Básicas Informações do Projeto	DO_P PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_ROJETO_2457898.pdf	15/04/2025 18:14:41		ceito
Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_Piloto.pdf	15/04/2025 18:11:37	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Outros	Resposta_pendencias_pdf.pdf	15/04/2025 18:10:43	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_atualizado.pdf	15/04/2025 18:09:15	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.pdf	15/04/2025 18:08:53	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	15/04/2025 18:08:39	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Orçamento	Orcamento.pdf	14/02/2025 14:14:34	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Outros	a.pdf Autorizacao_institucional_assinada.pdf	14/02/2025 14:13:53	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito
Outros	os.pdf Instrumentos_de_Coleta_de_Dados.pdf	12/02/2025 18:40:16	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	ceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: CAU III, Sala: CEP/UEFS

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)9847-7655

E-mail: cep@uefs.br

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, 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 CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS	
Bairro: CAU III, Sala: CEP/UEFS	CEP: 44.031-460 UF:
BA	Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)9847-7655	E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 7.688.210

de s	Declaração Pesquisadore	Declaracoes_da_Equipe_de_Pes quisa_ assinado.pdf	12/02/ 2025 18:34: 57	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	A ceito
Termos de Assentimento / de Justificativa Ausência	TCLE	TCLE.pdf	12/02/ 2025 18:31: 14	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	A ceito
Rosto	Folha de	Folha_de_rosto_assinada.pdf	12/02/ 2025 18:29: 40	JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO	A ceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 03 de Julho de 2025

Assinado por:

LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA

(Coordenador(a))

Endereço:	Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS		
Bairro:	CAU III, Sala: CEP/UEFS	CEP:	44.031-460
UF:	BA	Município:	FEIRA DE SANTANA
Telefone:	(75)9847-7655		E-mail: cep@uefs.br



Serra Preta, 12 de fevereiro de 2025.

Da: Secretaria Municipal de Saúde de Serra Preta

Para: Jamile de Oliveira Azevedo

Assunto: Termo de anuência para realização de pesquisa

Prezada,

Declaro que nós, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Serra Preta, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" sob responsabilidade da mestrandia e cirurgiã-dentista Jamile de Oliveira Azevedo e da professora doutora Ana Áurea Alcício de Oliveira Rodrigues, nas dependências das Unidades de Saúde da Família, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Fomos informados pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, tendo como objetivo geral analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra Preta, Bahia, Brasil.

Estamos cientes que as fases da pesquisa envolvem uma entrevista e grupo focal a ser realizados com os trabalhadores da saúde do município, bem como de que, o presente trabalho deve seguir as Resoluções nº. 466/12 e nº. 510/16 do CNS e complementares. Declaro também que esta secretaria está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados, possibilitando condições mínimas para garantia do bem-estar dos mesmos e fornecendo o suporte necessário para a realização da pesquisa, conforme solicitado.

Atenciosamente,

gov.br

Documento assinado digitalmente

MARIA JAMILE TELES DE MATOS MARTINS

Data: 12/02/2025 17:46:21-0300

Verifique em <https://validar.sti.gov.br>

Maria Jamile Teles de Matos Martins
Secretária Municipal de Saúde
Serra Preta-BA
Decreto 004/2025

Assinatura e carimbo do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiros da entrevista individual

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA



DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Pesquisadora Responsável: Jamile de Oliveira Azevedo

Orientadora: Prof^a. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

PESQUISA: Percepção da Equipe de Saúde sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVO GERAL: Analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Unidade de Saúde da Família: _____

Entrevista nº _____ Código do entrevistado: _____

Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino Idade: _____ Residência _____

Formação profissional:

- () Cirurgião-dentista
- () Auxiliar de Saúde Bucal
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Auxiliar Administrativo
- () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- () Enfermeira (o)
- () Médica (o)

Instituição formadora: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: () Somente graduação () Mestrado () Doutorado ()

Especialização () Não se aplica

Em que área: _____

Tempo de trabalho na Unidade de Saúde da Família: _____

Experiência profissional anterior: _____

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

Modalidade contratual: () Estatutário () CLT () Terceirizado () Outros: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 Processos de trabalho da Equipe de Saúde Bucal na ESF

Descrever as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde bucal na sua unidade em relação aos seguintes aspectos:

- Atividades individuais (consultas, procedimentos educativos, procedimentos curativos, ...)
- Atividades coletivas (procedimentos educativos, visitas, aplicação de flúor...)
- Articulação com a equipe de saúde da família
- Instrumentos de trabalho utilizados.

2.2 Percepção sobre a Prática Profissional

- As competências da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.
- Requisitos para um profissional na Estratégia Saúde da Família.
- Influência do processo formativo na atuação profissional, com foco no direcionamento para o trabalho no SUS.
- Os principais desafios enfrentados pela equipe de saúde bucal na ESF

2.3 Interprofissionalidade e Colaboração

- Comunicação e a colaboração entre a equipe de saúde bucal e os outros profissionais da equipe de saúde.
- Importância da atuação da equipe de saúde bucal no trabalho em equipe.

APÊNDICE B - Roteiro orientador do grupo focal

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA



DEPARTAMENTO DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Pesquisadora Responsável: Jamile de Oliveira Azevedo

Orientadora: Prof^a. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues

Roteiro Orientador Grupo Focal

PESQUISA: Percepção da Equipe de Saúde sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVO GERAL: Analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Unidade de Saúde da Família: _____

Entrevista nº _____ Código do entrevistado: _____

Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino Idade: _____ Residência _____

Formação profissional:

() Agente Comunitário de Saúde

() Auxiliar Administrativo

() Auxiliar/Técnico de Enfermagem

() Enfermeira (o)

() Médica (o)

Instituição formadora: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: () Somente graduação () Mestrado () Doutorado ()

Especialização () Não se aplica

Em que área: _____

Tempo de trabalho na Unidade de Saúde da Família: _____

Experiência profissional anterior: _____

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

Modalidade contratual: () Estatutário () CLT () Terceirizado () Outros: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 Processos de trabalho da Equipe de Saúde Bucal na ESF

Descrever as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde bucal na sua unidade em relação aos seguintes aspectos:

- Atividades individuais (consultas, procedimentos educativos, procedimentos curativos, ...)
- Atividades coletivas (procedimentos educativos, visitas, aplicação de flúor...)
- Articulação com a equipe de saúde da família
- Instrumentos de trabalho utilizados.

2.2 Percepção sobre a Prática Profissional

- As competências da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.
- Requisitos para um profissional na Estratégia Saúde da Família.
- Influência do processo formativo na atuação profissional, com foco no direcionamento para o trabalho no SUS.
- Os principais desafios enfrentados pela equipe de saúde bucal na ESF

2.3 Interprofissionalidade e Colaboração

- Comunicação e a colaboração entre a equipe de saúde bucal e os outros profissionais da equipe de saúde.
- Importância da atuação da equipe de saúde bucal no trabalho em equipe.

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com informante-chave**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA****DEPARTAMENTO DE SAÚDE****MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA****Pesquisadora Responsável:** Jamile de Oliveira Azevedo**Orientadora:** Profª. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues**Roteiro de Entrevista Semiestruturada - Entrevistado Informante-Chave**

PESQUISA: Percepção da Equipe de Saúde sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família.

OBJETIVO GERAL: Analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Função que ocupa: _____

Entrevista nº _____ Código do entrevistado: _____

Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino Idade: _____ Residência _____

Formação profissional:

() Cirurgião-dentista

() Auxiliar de Saúde Bucal

() Agente Comunitário de Saúde

() Auxiliar Administrativo

() Auxiliar/Técnico de Enfermagem

() Enfermeira (o)

() Médica (o)

Instituição formadora: _____

Tempo de formação: _____

Qualificação profissional: () Somente graduação () Mestrado () Doutorado ()

Especialização () Não se aplica

Em que área: _____

Tempo de trabalho nesta função: _____

Experiência profissional anterior: _____

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

Modalidade contratual: () Estatutário () CLT () Terceirizado () Outros: _____

2. QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 Panorama da saúde bucal no município

Descrever a organização da saúde bucal no município atualmente (Quantas equipes de saúde bucal estão em funcionamento e como estão distribuídas).

Inserção dessas equipes na Estratégia Saúde da Família (cobertura, territórios atendidos).

Como funciona a referência e a contrarreferência

2.2 Processos de trabalho das equipes

Caracterizar as principais práticas realizadas pelas equipes de saúde bucal quanto:

- •Atividades individuais (consultas, procedimentos educativos, procedimentos curativos, ...)
- Atividades coletivas (procedimentos educativos, visitas, aplicação de flúor...)
- Articulação com a equipe de saúde da família
- Instrumentos de trabalho utilizados (os utilizados pelos dentistas e pela coordenação).
- Protocolos ou diretrizes municipais para orientar as práticas (reunião).
- Incentivo para educação permanente ou capacitações (o que é realizado ou está previsto em termos específicos em SB e outras temáticas).

2.3 Percepção sobre a Prática Profissional

- As competências da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.
- Requisitos para um profissional na Estratégia Saúde da Família.
- Influência do processo formativo na atuação profissional, com foco no direcionamento para o trabalho no SUS.
- Os principais desafios enfrentados pela equipe de saúde bucal na ESF

2.3 Interprofissionalidade e Colaboração

- Comunicação e a colaboração entre a equipe de saúde bucal e os outros profissionais da equipe de saúde.
- Importância da atuação da equipe de saúde bucal no trabalho em equipe.

APÊNDICE D- Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Jamile de Oliveira Azevedo, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, lhe convido para participar da pesquisa intitulada “**Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família**”, que objetiva analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra Preta, Bahia, Brasil, sob a orientação da professora doutora Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues. Sua participação consistirá em uma entrevista individual, na qual você será convidado (a) a compartilhar suas percepções e experiências relacionadas à atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, em data e horário a serem definidos previamente para não interferir nas suas atividades cotidianas. Esse espaço de diálogo e troca, com duração de aproximadamente 1 hora, será gravado com o uso de um aparelho digital, na qual será ouvida, transcrita e arquivada por um período de cinco anos, sendo destruído após esse período. Caso deseje, você poderá ler a transcrição do áudio para confirmar sua fala. A pesquisa não tem riscos, mas conforme a resolução 466/2012 (item V) “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variadas”. Podendo ser riscos como constrangimento, mobilização emocional e cansaço. Você pode recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalidades. Vale ressaltar, que para minimizar os riscos elencados será criado um ambiente acolhedor, sem que haja julgamentos sobre sua opinião. Os resultados obtidos trarão benefícios futuros aos participantes do estudo, pois contribuirão para o entendimento da atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, promovendo a qualificação da atenção em saúde bucal oferecido pelo SUS, no qual todos estão envolvidos direta ou indiretamente. Sua participação nesta pesquisa não traz implicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução Nº 674, de 06 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a sua participação ocorrerá de forma voluntária, não havendo custos financeiros destinados ao participante, bem como qualquer pagamento por sua participação. Em caso de danos causados comprovadamente pela pesquisa, o (a) participante terá direito à indenização e receberá assistência integral e imediata para sanar os danos ocorridos. Certifico que em nenhum momento o seu nome será divulgado, garantindo o anonimato e o sigilo de suas informações, respeitando a sua integridade moral, social e cultural. O seu nome não será

mencionado nos resultados ou em qualquer publicação relacionada ao estudo. A coleta de dados acontecerá em local previamente acordado com a pesquisadora. A pesquisa terá os resultados divulgados em seminário apresentado aos gestores municipais, as equipes de saúde da família e de saúde bucal em data e local a ser definido. Além disso, os participantes terão acesso aos resultados por meio de um relatório final que será disponibilizado em formato digital e enviado diretamente aos seus e-mails cadastrados. Caso algum participante prefira, o relatório também poderá ser entregue em formato impresso, mediante solicitação. O (A) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora JAMILE AZEVEDO a qualquer momento para informações adicionais no seguinte endereço: USF Lagoa da Caiçara, localizado no povoado da Lagoa da Caiçara , S/N, Serra-Preta, BA, ou através do e-mail: azevedo.mille@gmail.com. O (A) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP//UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se achar necessário. O CEP/UEFS é um colegiado formado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua dignidade e integridade, possibilitando o desenvolvimento da pesquisa seguindo os padrões éticos, podendo ser acionado para dúvidas sobre esse assunto. O mesmo fica localizado na Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo I - Módulo Administrativo 17 (MA 17), CEP: 44.036-900, Feira de Santana- BA. Telefone: (75) 3161-8124; e-mail: cep@uefs.br. O horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 13h30 - 17h30. Os resultados dessa pesquisa serão publicados em artigos científicos ou livro e/ou em evento científico nacional e internacional após serem apresentados à banca examinadora do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da UEFS, para obtenção do título de mestre nessa instituição. Caso concorde em participar, podem confirmar sua autorização assinando ou colocando a impressão digital neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será entregue em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as páginas, exceto as com as assinaturas/impressão digital, ficando cada um com sua via.

Participante da pesquisa

Jamile de Oliveira Azevedo
Pesquisadora responsável

Apêndice E- Termo de consentimento livre e esclarecido da entrevista piloto**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – Entrevista****Piloto**

Prezado(a) senhor (a), convidamos você a participar de uma entrevista como parte do Teste Piloto da pesquisa intitulada **“Percepção da Equipe de Saúde sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família”**. Cujo objetivo é analisar a atuação da equipe de saúde bucal no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Serra-Preta, Bahia, Brasil. A razão deste teste é aprimorar o instrumento de coleta de dados da pesquisa anteriormente citada, os dados obtidos através da entrevista não serão utilizados no estudo. Antes de decidir aceitar participar, é fundamental que leia atentamente ao que está escrito neste termo e, em caso de dúvidas, as esclareça com a nossa equipe.

Caso concorde com este termo, será solicitado que você responda a algumas questões em data e horário a serem pactuados previamente, a entrevista terá duração de aproximadamente uma hora e será gravada com o uso de um aparelho digital e posteriormente será ouvida, transcrita e arquivada por um período de cinco anos pela pesquisadora responsável, após esse período o material será destruído. Se desejar, você poderá ler a transcrição do áudio para confirmar sua fala.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela cirurgiã-dentista Jamile de Oliveira Azevedo (pesquisadora responsável), sob a orientação da Professora Doutora Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues. Esse estudo pretende contribuir para o entendimento da atuação da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município e, conseqüentemente, promover a qualificação da atenção em saúde bucal oferecido pelo SUS, beneficiando a todos que estão envolvidos direta ou indiretamente com o serviço. Esclarecemos que será preservada a sua integridade física, psíquica, moral, mental, social, cultural e espiritual, além disso, certifico que em nenhum momento o seu nome será divulgado, garantindo o anonimato e o sigilo de suas informações. Quanto aos possíveis riscos, estes podem estar relacionados a constrangimento, mobilização emocional e cansaço. No entanto, a fim de minimizar tais riscos, será criado um ambiente acolhedor, livre de julgamentos sobre a sua opinião, além disso, as perguntas serão elaboradas com base nos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Esta pesquisa não traz implicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução Nº 674, de 06 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação ocorrerá de forma voluntária, não havendo custos financeiros destinados ao participante, bem como qualquer pagamento por sua

participação. Em caso de danos causados comprovadamente pela pesquisa, o (a) participante terá direito à indenização e receberá assistência integral e imediata para sanar os danos ocorridos. A participação neste Teste Piloto permitirá aperfeiçoar o instrumento de coleta desta pesquisa e os dados obtidos durante a entrevista serão utilizados somente para aprimorar os instrumentos de coleta. Reitera-se que, sempre que desejar, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO para esclarecimentos no seguinte endereço: USF Lagoa da Caiçara, localizado no povoado da Lagoa da Caiçara, S/N, Serra-Preta, BA, ou através do e-mail: azevedo.mille@gmail.com sobre as etapas do estudo e que o (a) participante poderá retirar seu consentimento e desistir deste teste a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízos. Os resultados deste teste serão utilizados para acurácia do instrumento de coleta da referida pesquisa e não serão incluídos nos resultados finais do estudo. Informamos que o projeto que rege esta pesquisa foi apreciado e aprovado pelo CEP/UEFS, sob o número do parecer consubstanciado 7.688.210, em 3 de julho de 2025.

O CEP/UEFS é um colegiado formado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua dignidade e integridade; possibilitando o desenvolvimento da pesquisa seguindo padrões éticos, podendo ser acionado para dúvidas sobre esse assunto. O (A) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se achar necessário. O mesmo fica localizado na Av. Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, UEFS, Módulo I – Módulo Administrativo 17 (MA 17), CEP: 44.036-900, Feira de Santana – BA. Telefone: (75) 3161-8124; e-mail: cep@uefs.br. O horário de funcionamento: Segunda a sexta-feira: 08h00 – 12h00.

Caso o (a) senhor (a) tenha interesse em participar deste Teste Piloto, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (uma via para você e outra para as pesquisadoras) as quais serão rubricadas em todas as páginas, exceto as com as assinaturas/impressão digital, ficando uma via com as pesquisadoras e a outra com você.

Serra-Preta, _____ de _____ de 2025

Participante da pesquisa

JAMILE DE OLIVEIRA AZEVEDO
Pesquisadora responsável

ANA ÁUREA ALÉCIO DE OLIVEIRA RODRIGUES
Pesquisadora colaboradora

APÊNDICE F- Produto técnico - Guia prático para interprofissionalidade



Apresentação

Olá, prezada equipe!

Este guia foi criado para apoiar as equipes da Atenção Primária na construção de práticas mais integradas e colaborativas entre os profissionais de modo a fortalecer o trabalho já desenvolvido no serviço, contribuindo para um cuidado mais organizado, resolutivo e centrado nas necessidades das pessoas.

O trabalho interprofissional permite que diferentes saberes se conectem, ampliando o olhar sobre o usuário e qualificando as ações em saúde. Aqui você encontrará explicações simples e pequenos exercícios para refletir sobre o trabalho da equipe.

Este guia é resultado da pesquisa de mestrado intitulada “Percepção da Equipe sobre o Trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família” de minha autoria para o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, construído a partir da escuta e das experiências das equipes da Atenção Primária. Este material nasce, portanto, como uma forma de reconhecer essas práticas e contribuir para seu fortalecimento no cotidiano do cuidado.



Construindo conceitos



POR QUE FALAR DISSO?

Compreender como as equipes se organizam é essencial para qualificar o cuidado no SUS. Por isso, é importante reconhecer que multiprofissionalidade e interprofissionalidade não são sinônimos e impactam diretamente a forma de cuidar.

CONCEITOS-CHAVE

MULTIPROFISSIONAL



Profissionais atuam no mesmo espaço, porém de forma isolada, com pouca articulação.

INTERPROFISSIONAL



Profissionais atuam de forma integrada, com comunicação e decisão compartilhada, centrada no usuário.

COMO ACONTECE NA PRÁTICA?

MULTIPROFISSIONAL

- Atendimento separado
- Sem discussão de casos
- Condutas isoladas



Exemplo:

Paciente passa por vários profissionais sem articulação entre eles.

INTERPROFISSIONAL

- Trabalho em equipe
- Discussão de casos
- Plano de cuidado conjunto



Exemplo:

Equipe discute o caso e define condutas integradas.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS

MULTIPROFISSIONAL	INTERPROFISSIONAL
Profissionais atuam separados	Profissionais atuam juntos
Decisões isoladas	Decisões compartilhadas
Cuidado fragmentado	Cuidado integrado



A diferença entre essas formas de atuação não está apenas na presença de diferentes profissionais, **mas na forma como se relacionam e constroem o cuidado.**

3

Conhecendo as formas de TRABALHO INTERPROFISSIONAL



1 Trabalho em equipe interprofissional

Envolve diferentes profissionais que compartilham o senso de pertencimento a equipe e atuam de forma integrada e interdependente para atender as necessidades de saúde, com forte compartilhamento de valores, objetivos e identidade coletiva.



2 Colaboração interprofissional

Apresenta um formato mais flexível, no qual profissionais de diferentes áreas atuam juntos para qualificar o cuidado, mantendo certo grau de autonomia, com menor nível de interdependência das ações.



3 Prática colaborativa interprofissional

Vai além da interação entre profissionais e inclui a perspectiva do usuário, família e comunidade na construção do cuidado. Reconhece a atenção centrada no paciente (ACP) como elemento central da prática, com mudança de foco das profissões e serviços para as necessidades de saúde das pessoas.



4 Trabalho em rede

Reconhece ainda maior flexibilidade e menor interdependência das ações, mas com a integração em rede mantida.

Por que isso é importante no SUS?



Mas, no cotidiano, esse processo enfrenta desafios...

Apesar dos benefícios, a implementação dessas práticas ainda encontra obstáculos no dia a dia dos serviços, como:



Para refletir em equipe:

Você identificou se alguma dessas dificuldades está presente na sua unidade? Se sim, qual (ais) e o que está ao alcance da equipe para superá-la no cotidiano e como?



Ferramentas de apoio para o TRABALHO INTERPROFISSIONAL

O trabalho interprofissional se fortalece com ações compartilhadas, decisões conjuntas e cuidado centrado nas pessoas. **Conheça ferramentas que apoiam a integração das equipes na Atenção Primária.**



Discussão de casos em reunião de equipe

Espaço em que a equipe compartilha saberes e define, em conjunto, estratégias de cuidado para o usuário.



Consultas compartilhadas

Atendimento realizado por dois ou mais profissionais juntos, integrando diferentes olhares no mesmo momento.



Visitas domiciliares compartilhadas

Estar junto no território fortalece o vínculo, amplia a compreensão do contexto e qualifica o cuidado. Por isso é interessante programar visitas em conjunto.



Construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) compartilhados

Plano de cuidado construído entre equipe, usuário e família, considerando suas necessidades e contexto.



Planejamento conjunto de ações

Definir metas, responsabilidades e estratégias em conjunto potencializa o impacto das ações.



Ações do Programa Saúde na Escola com diferentes profissionais

Ações integradas entre saúde e educação para promoção, prevenção e cuidado no ambiente escolar, que pode envolver vários profissionais com seus saberes.

Ferramenta simples de MONITORAMENTO

PERGUNTA	SIM	ÀS VEZES	NÃO
Discutimos casos completos em equipe?			
Planejamos ações de saúde juntos?			
Conhecemos o papel de cada profissional?			
Tomamos decisões compartilhadas?			



Sugestão: responder em reunião de equipe e discutir melhorias.



Vamos praticar?

MAPA DO CUIDADO

Analise o caso a seguir e pense em como o trabalho interprofissional pode transformar o cuidado.



IMS, 58 anos, morador da zona rural, trabalhador do campo, procura atendimento odontológico com queixa de dor e necessidade de extrações dentárias. Durante a consulta, relata ser fumante e fazer uso frequente de álcool, além de levar uma vida sedentária. Apresenta obesidade e refere ter "problema no coração", sem saber detalhar. Nega ser hipertenso ou diabético e não faz uso regular de medicamentos.



Registros anteriores na unidade mostram valores pressóricos elevados, variando entre 160x80mmHg e 200x120mmHg e glicemia capilar acima de 200 mg/dL pós prandial, em diferentes momentos, sem acompanhamento regular. Além disso, em conversa, o paciente relata que tem sentido dormência nos pés nos últimos meses.



Durante o atendimento, o paciente apresentou cansaço e dificuldade para respirar ao permanecer deitado na cadeira.



Ao exame, observa-se uma lesão esbranquiçada no lábio inferior, presente há anos, com aumento recente e sensação de ardência, localizada na região onde o paciente costuma apoiar o cigarro. Também apresenta múltiplas perdas dentárias, cáries e necessidade de extrações.

PARA DISCUTIR EM EQUIPE

1



Quem participa do cuidado dessa pessoa?

2



Como cada profissional pode contribuir?

3



Que estratégia a equipe pode usar para discutir e acompanhar esse caso juntos?



Vamos praticar?

MAPA DO CUIDADO



CSP, 28 anos, gestante, comparece à unidade para consulta de pré-natal. Durante o atendimento, relata que tem tido dificuldade de se alimentar pois sempre que come tem sentido dor em um dos dentes.



Informa que tem receio de realizar tratamento odontológico durante a gestação e, por isso, não buscou atendimento. Ao revisar o histórico, observa-se baixa adesão a algumas orientações do pré-natal e faltas em consultas anteriores.



A profissional identifica a necessidade de envolver outros profissionais da equipe e compartilha o caso para organização do cuidado.



PARA DISCUTIR EM EQUIPE

1



Quem participa do cuidado dessa pessoa?

2



Que orientações podem ser feitas pela equipe para apoiar essa gestante no cuidado mesmo não sendo específicas da sua área?

3



Como os profissionais podem atuar juntos no cuidado dessa gestante, inclusive em uma abordagem compartilhada?



Considerações finais



Ao longo deste material, discutimos o trabalho interprofissional na Atenção Primária, destacando sua importância para a construção de um cuidado mais integrado, resolutivo e centrado nas necessidades das pessoas. Também apresentamos exemplos do cotidiano e propostas práticas para fortalecer o trabalho em equipe nos serviços.



Esperamos que os conhecimentos aqui apresentados contribuam para a construção e o fortalecimento de práticas interprofissionais no seu contexto de trabalho, incentivando a colaboração entre os profissionais e a qualificação do cuidado ofertado.



Que este guia possa ser utilizado no dia a dia da equipe, apoiando reflexões e possíveis mudanças na realidade em que você está inserido.

Até a próxima!





Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Interprofissionalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/saiba-mais>. Acesso em 04 de maio de 2026.
2. CASTELO, R. B.; FERNANDES, C. S.; CAVALCANTE, F. M. L.; ARAÚJO, D. V.; SÁ, G. G. M.; GALINDO NETO, N. M.; BARROS, L. M. Desafios e potencialidades da comunicação interprofissional nas práticas colaborativas na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 14, n. 1, 2025. DOI: 10.26694/reufpi.v14i1.4896.
3. GODOI, N. L. S.; SILVA, J. A. M.; UCHOA, S. A. C.; BRITO, E. W. G. Trabalho interprofissional: potencialidades e dificuldades dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 29, e240560, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240560>
4. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
5. PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827



CRÉDITOS

Autoria

Jamile de Oliveira Azevedo – Concepção, elaboração, edição, revisão e aprovação da versão final

Orientação

Prof. Dra. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues– Revisão e aprovação da versão final.

Ilustrações

Ilustrações elaboradas com auxílio de inteligência artificial (ChatGPT, OpenAI), sob orientação e adaptação da autora para fins educacionais.

COMO CITAR ESSE MATERIAL

AZEVEDO, J. O; RODRIGUES, A. A. A. O. **Guia Prático para Interprofissionalidade**. Produto educacional (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2026, p.12.

[illegible]

[illegible]

