

Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família

Valesca Tura de Lima*; Lucimar Aparecida Britto Codato**; Maura Sassahara Higasi**; Maria Luiza Hiromi Iwakura Kasai

* Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Estadual de Londrina

** Docente, Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, Universidade Estadual de Londrina

Recebido em 02/03/2018. Aprovado em 08/12/2018.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizada com cirurgiões-dentistas (CDs) que integram as Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF) em um município de médio porte do sul do Brasil, realizada no período de abril a junho de 2017. Objetivou identificar as percepções destes profissionais sobre o processo de trabalho que vivenciam no Programa. Em cada uma das nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi convidado a participar o CD que estivesse atuando no PSF, totalizando sete entrevistados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, semiestruturadas por roteiro de questões e analisados por meio de análise de conteúdo temática, apoiada nos pressupostos de Laurence Bardin. Os resultados apontaram que há envolvimento e ações destes profissionais voltados para o cuidado da família, porém o enfoque assistencial é predominante na atenção à saúde bucal. Entre os entrevistados, a alta demanda por procedimentos odontológicos curativos foi percebida como barreira para avanços no cuidado integral, no trabalho em equipe na perspectiva multiprofissional e interprofissional. Concluiu-se que há diferentes entendimentos dos profissionais entrevistados em relação ao processo de trabalho no PSF. Há desafios a serem superados em relação ao cuidado integral do usuário, à integração com a equipe multiprofissional e trabalho na perspectiva da EPS.

Descritores: Saúde Bucal. Programa Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa. SUS. Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) introduziu mudanças significativas em relação às práticas e aos

processos de trabalhos, pois a insere em uma equipe multiprofissional e, com isso, traz o desafio do trabalho em equipe¹.

O processo de trabalho no PSF inclui ações

de proteção, promoção, prevenção, assistenciais e de reabilitação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua². Nele, a visita domiciliar alavanca a construção de novas relações entre os usuários e a equipe multiprofissional, a qual favorece a formação de vínculo entre os envolvidos. O cuidado em saúde no domicílio não se limita somente a levar a equipe de saúde ao paciente com dificuldade de locomoção ou a realizar orientações em relação à higiene e à alimentação. Diz respeito a avanços na compreensão do contexto no qual as pessoas se inserem, comprometimento e corresponsabilização dos usuários em relação à sua saúde³.

Um aspecto a ser considerado é o fato de o exercício da Odontologia no SUS demandar profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração diversificados aspectos de suas realidades, tais como: condições familiares, socioeconômicas, culturais e sanitárias ampliadas do seu meio. Logo, não se limitam a um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal⁴.

Portanto, o processo de trabalho no PSF requer integração e interação dos profissionais, por meio da troca de experiências e saberes visando ao alcance da integralidade do cuidado. Requer habilidades de comunicação, empatia e gerenciamento de emoções⁵. Logo, o trabalho demanda ações de promoção prevenção e assistência em uma equipe multiprofissional, sustentadas por evidências. Além disso, demanda ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção⁴.

Neste contexto, o processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) no PSF é desafiador porque rompe modelos de trabalhos uniprofissionais e também daqueles apoiados prioritariamente na assistência. Neste sentido, esse estudo tem como objetivo discutir e

compreender as percepções desses profissionais em relação à realidade que vivenciam no PSF.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, cuja coleta de dados aconteceu no período de abril a junho de 2017, com CDs que integravam as equipes de saúde bucal (ESB) do PSF em um município de médio porte localizado no sul do Brasil. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 65620317400005231).

Em cada uma das UBS, foi convidado a participar o CD que estivesse atuando no PSF. Alguns profissionais foram convidados pessoalmente e outros por telefone. Durante essa fase, uma CD estava em licença maternidade e em outra UBS não havia CD atuando no PSF, totalizando sete entrevistados. O quadro 1 apresenta a caracterização dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas nas dependências das UBS no início ou término do trabalho dos profissionais, de acordo com a preferência e escolha de cada entrevistado, para não interferir na rotina dos serviços. Antes do início de cada entrevista houve um momento de conversa informal com repasse das informações, esclarecimentos sobre a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação foi de forma totalmente voluntária, podendo os CDs recusar-se ou desistir participar a qualquer momento, sem que isto acarretasse qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações foram tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas utilizando-se roteiro semiestruturado, posteriormente transcritas e apagadas, objetivando manter o mais absoluto sigilo. Os dados foram analisados por meio da análise temática de Bardin (1995)⁶. As transcrições das entrevistas receberam

codificação alfanumérica. Assim, CD1 é a transcrição da primeira entrevista realizada.

CD	Sexo	Idade	Especialidade	Tempo de trabalho no PSF	Tempo de formação
CD1	Feminino	41 anos	Saúde da família	Não informado	19 anos
CD2	Feminino	30 anos	Nenhuma	6 anos	6 anos
CD3	Feminino	36 anos	Saúde da família e Dentística	12 anos	12 anos
CD4	Feminino	31 anos	Endodontia	3 anos	10 anos
CD5	Feminino	40 anos	Saúde da família	8 anos	17 anos
CD6	Masculino	45 anos	Saúde coletiva e bioética	11 anos	17 anos
CD7	Feminino	41 anos	Periodontia	7 anos	21 anos

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os entrevistados, há entendimento em relação ao contexto do trabalho no PSF.

“Hoje nós estamos em uma área de risco, há um risco social mesmo e é um problema cultural, são famílias numerosas, em casas pequenas, que muitas vezes são cinco ou seis moradores para uma casa que tem dois quartos, são casas bem pequenas, então são problemas culturais, até mesmo em relação a questão de higiene, de cuidados pessoais e que refletem nisso tudo, na saúde geral e bucal.” (CD2)

“Eu acho de extrema importância, porque se você não cria o vínculo hoje com as famílias e não tem essa percepção de perto de como são as famílias você não consegue atingir o seu objetivo com mais facilidade, então você precisa conhecer não só

como que é a saúde bucal dele, como também a saúde geral e o meio em que ele se insere.” (CD3)

Esse resultado desvela compreensão sobre o processo de trabalho e sobre os pressupostos do PSF, para além de questões estritamente voltadas para o exercício da Odontologia curativa.

Segundo Reis *et al.* (2015)⁷, a compreensão ampliada do CD no PSF está relacionada ao seu maior envolvimento em um cenário mais amplo, que vai desde a execução de procedimentos técnicos odontológicos até a compreensão da família em sua comunidade, algo amplo e não restrito à assistência curativa. Há relações permeadas por vínculo e acolhimento que exigem o desenvolvimento de novas competências⁷.

O vínculo diz respeito ao estreitamento das relações e ao sentimento de pertencimento a um grupo. O acolhimento é uma estratégia que potencializa o acesso e possibilita a

identificação e priorização de grupos de riscos social e epidemiológico. Em cada localidade, essas práticas de cuidado apresentam particularidades, porque consideram os modos de viver, de agir, as condições socioeconômicas de cada usuário, o grau de envolvimento, organização e os recursos disponíveis para as equipes de saúde⁸.

A capacidade de resposta às necessidades do usuário se traduz de maneira efetiva à medida que as práticas profissionais são amparadas por buscas cuidadosas dos profissionais para reconhecimento das necessidades integrais e particularizadas de cada pessoa, para além das demandas explícitas do indivíduo relativas à sua saúde⁸. Apesar dos avanços e esforços realizados nas práticas de saúde desenvolvidas pelos CDs, a pesquisa de Arantes *et al.*⁹ demonstrou que existe pouco conhecimento sobre as condições de vida dos usuários e das famílias pelos profissionais da ESF.

Por outro lado, apesar de existir envolvimento dos profissionais com a família e a comunidade, verificou-se que alguns profissionais ainda possuem visão focada na boca, ou seja, o seu entendimento e consequente prática ainda estão limitados ao tratamento:

“Eu acho que está sendo de extrema utilidade, para a população, porque eu convivo com essa população, eu vou até a casa dessas pessoas e vejo a necessidade do tratamento, alguns tratamentos eu faço na própria casa, e alguns não, e agendo diretamente aqui comigo.” (CD1)

“A gente visita e vê a condição daquela família, tenta tratar da melhor forma, mas ainda não conseguimos ter isso com muita objetividade.” (CD3)

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde bucal durante o atendimento domiciliar ou ambulatorial devem se deslocar do contexto biomédico reducionista de realização de procedimento clínico, para um processo de trabalho que contemple o desenvolvimento de maior vínculo entre o profissional e o paciente, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde que levem ao fortalecimento da autonomia, da coparticipação e da corresponsabilização ativa dos problemas em saúde⁸.

A comunicação e a educação em saúde são meios para o entendimento e avanços na integralidade da atenção. Neste sentido, Paulo Freire (2011) apresenta a educação popular (EP) como educação libertadora que merece bastante atenção. Assim, as ações de promoção da educação em saúde são fundamentais como direito de cidadania e melhoria na qualidade de vida, as quais não devem ser esquecidas pelos profissionais de saúde durante o processo de trabalho. A população valoriza iniciativas pautadas na promoção de saúde e na resolutividade de seus problemas. Logo, as referidas ações devem focar em ações comunitárias e considerar as necessidades locais e particularizadas dos usuários¹⁰.

Neste sentido, é preciso substituir modelos tradicionais ancorados apenas em práticas de comunicação unidirecional. Os temas para as ações educativas coletivas ligadas à Odontologia devem fazer parte do cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde bucal. Podem abordar as principais doenças bucais, como se manifestam e são prevenidas; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as

orientações gerais sobre alimentação saudável; as orientações para realização de autoexame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção e a prevenção ao uso de álcool e fumo. É fundamental e indispensável que todos esses temas sejam discutidos, refletidos e problematizados, considerando a complexidade dos determinantes sociais dos comportamentos e do processo saúde-doença. A vivência e compreensão do conteúdo pelas pessoas envolvidas favorecem a reflexão sobre a própria saúde, incentivam boas práticas de autocuidado e de responsabilização pelos os usuários pela sua saúde bucal¹⁰.

Outro resultado encontrado diz respeito à alta demanda por procedimentos odontológicos, a qual foi percebida como barreira para avanços no cuidado integral preconizado pelo PSF:

“Eu queria atender toda a demanda em menos tempo. Talvez eu não tenha tempo suficiente para atender toda a demanda. Eu queria ter mais tempo para fazer as visitas, porque os outros dias eu preciso ficar no consultório.” (CD1)

“É pouco tempo, são muitos pacientes que atendo no consultório e a gente só tem uma tarde da semana para fazer as visitas.” (CD7)

O processo de trabalho do CD é amplo para atender as exigências do processo produtivo. Os profissionais necessitam compreender que os protocolos não são suficientes para atender às necessidades reais, daí o desafio de reinventá-los para preenchimento das lacunas existentes⁷.

Um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) diz respeito à organização e a orientação dos

serviços de saúde em lógica centrada nos usuários. Neste contexto, a PSF propõe a reorganização do processo de trabalho em saúde, ao alterar o modelo hegemônico de uma assistência focado na doença, predominantemente biológica, para uma abordagem que responda às necessidades singulares dos usuários, apresentadas nos espaços reais nos quais os cidadãos constroem sua história e representam seu processo saúde-doença¹¹.

A produção do cuidado centrada no usuário pode ser capaz de potencializar a assistência à saúde individual e coletiva, porque aborda aspectos sociais e culturais nos quais os sujeitos estão inseridos. Assim, o acesso aos serviços da PSF deve ser definido de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários e não com a oferta de serviços organizada e hierarquizada previamente. Com isso, pode-se reduzir o descompasso entre a oferta assistencial das equipes de PSF e as reais necessidades das populações adscritas¹¹.

Neste resultado, o profissional parece priorizar a assistência curativa, também vinculada à alta demanda espontânea:

“Quando a nova enfermeira entrou eu fui falar que tínhamos que fazer as visitas, e ela disse: não, você faz visita para quê? E eu falei: A gente acompanha e vê os acamados, as puérperas, os bebês. Ela disse: Não, prefiro que você fique atendendo paciente.” (CD4)

Este resultado traz a reflexão que a amplitude da demanda curativa pode limitar as demais ações do CD no PSF. Este fato pode estar relacionado às escolhas feitas pelos profissionais no dia-a-dia dos serviços. Pode ser influenciado pelo relacionamento que estes profissionais possuem com os demais da equipe multiprofissional da UBS e também

pelo entendimento dos demais membros da PSF sobre a importância do papel da odontologia no PSF. Neste contexto, a visita domiciliar realizada pela Equipe de Saúde Bucal é um valioso instrumento para atingir os objetivos propostos pelo PSF, porque aproxima e fortalece o vínculo entre os envolvidos. Favorece a longitudinalidade do cuidado.

Segundo Bulgareli *et al.*¹², as ações em saúde bucal estão bem focadas na atenção à demanda espontânea, para tratamentos odontológicos curativos e/ou paliativos de queixas odontológicas, limitadas a necessidades individuais na lógica de atenção do modelo biomédico, focada na cura de doenças. Para a autora, o extenso território adscrito a uma UBS dificulta o acompanhamento mais próximo dos usuários, o que interfere na organização do processo de trabalho.

Os entrevistados relataram ações de trabalho conjunto com os demais membros da equipe multiprofissional:

“Participamos da campanha de vacina, a odontologia esteve junto para atuar na área para fazer alguma estratificação de risco...” (CD7)

“... paciente que tem a pressão alta, já encaminhado para as enfermeiras e elas já vão e fazem o atendimento, o acolhimento e o paciente já passa pelo o médico ou manda para o UPA...” (CD5)

A interação entre os membros que compõem a equipe permite trocas de conhecimentos, aprendizados conjuntos e compartilhados, identificação de pontos em comum que subsidiarão a elaboração de normas coletivas, implícitas e explícitas, na dinâmica da equipe, favorecendo sua atuação. Soares *et al.*⁵, em estudo com participantes

membros do PSF, relataram que o isolamento do CD em seu consultório odontológico inviabiliza a interação da ESB com os demais membros da equipe multiprofissional⁵.

No entanto, em nosso estudo, os sujeitos de pesquisa mencionaram que a odontologia sofre isolamento vindo também por parte dos próprios integrantes da equipe:

“Essa questão de trabalhar em equipe depende muito da UBS que você está atuando... Na UBS XXX, eles fizeram uma ação, fecharam a rua, uma festa junina para o grupo de hipertensos e diabéticos e foram todos convidados da UBS, todos participaram, só a Odontologia que não.” (CD7)

A atitude dos integrantes da equipe de não compartilharem as atividades desenvolvidas pela UBS com a equipe odontológica dificulta o desenvolvimento da relação entre os profissionais de uma mesma e única equipe. Esse distanciamento parece dificultar o trabalho em equipe.

“Eu já trabalhei em uma UBS que a gente ficava revoltado com a exclusão da odontologia e a gente tinha que bater o pé para a gente estar dentro, para participar das ações, para gente ser reconhecido e isso é revoltante.” (CD7)

Esse resultado remete à reflexão sobre a necessidade de que estes comportamentos exclusivos sejam percebidos pelos coordenadores da própria UBS. Requer enfrentamento desta demanda por meio dos processos de educação permanente.

Segundo Motta e Batista (2015)¹³, a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho, que inclui o baixo grau de interação entre os profissionais, a hierarquia entre profissionais, a fragmentação do processo de trabalho e a realização de ações justapostas e

isoladas contribuem para que os profissionais se isolem em seus “núcleos de competência”. Destacam que o trabalho cotidiano, a construção e a execução de um projeto comum pertinente às necessidades dos usuários ficam comprometidos sem a prática comunicativa, a qual requer a busca pelo consenso entre os profissionais da equipe. A comunicação entre os membros da equipe de saúde, em diversos casos, se restringe à troca ou transmissão de informações técnicas, há poucas situações em que se a discussão crítica é praticada em relação a problemas e necessidades da equipe e da população na busca por consensos coletivos.

Entre os entrevistados também foi possível perceber que existe o isolamento do próprio cirurgião-dentista em seu consultório.

“É um pouco complicado para a gente, não temos o tempo e o hábito de conciliar a agenda deles com a nossa.... e isso está tentando ser mudado, a gente não tinha reuniões e agora estamos deixando espaços na agenda para tentar se agrupar ali com eles, mas ainda não é com muita frequência e eu vejo que ainda faltam mais discussões de casos, principalmente casos clínicos.” (CD3)

A interação dos profissionais de saúde bucal com os demais da equipe de saúde é necessária para avanços no cuidado integral do usuário. Assim, as reuniões de equipe são importantes dispositivos para a aproximação e trabalho conjunto entre todos os envolvidos. São desafiadoras para o CD no PSF porque introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores¹⁴. Além disso, a influência histórica do modelo de atenção individual, o contexto adverso do trabalho, as concepções de PSF dos profissionais e a autonomia que

lhes é conferida restringem sua atuação como CD da PSF⁷. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a ESB interaja com profissionais de outras áreas porque amplia o conhecimento, favorece o trabalho em equipe e a integralidade da atenção¹⁴.

É importante destacar que o agir profissional é influenciado pelas características pessoais de cada ser humano, mas sempre em uma relação dialética com o meio. Sem essa compreensão, há risco de reduzir os entraves à implementação e à integração da saúde bucal no PSF à culpabilização dos indivíduos e grupos, como se a capacidade de eles operarem as diretrizes da Atenção Básica não fizesse parte de um contexto macro (sistema de saúde), meso (nível da gestão) e micro (do cotidiano dos serviços)⁷.

Deste modo, vale a pena lembrar que a proposta para vencer os desafios e efetivar a atenção e o cuidado integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede primária e vai se somando a outras ações de atenção à saúde¹³. Neste sentido, a reorganização poderia começar por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) que objetiva a construção de rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS, direcionada pelas necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos¹⁵.

Este resultado aponta a necessidade de avanços do cuidado integrado com os demais profissionais que atuam na UBS:

“Eu penso que sou parte de uma equipe e estou fazendo a minha parte que seria a saúde bucal, quando vejo que não é da minha área encaminho para as outras áreas, assim como os outros profissionais das outras áreas encaminham pra mim também os

problemas bucais.” (CD6)

“Há algumas unidades menores que existe uma integração maior, aqui na UBS XXX eu acho que ainda falta um pouco de integração. De conseguir ter uma integração com a equipe mesmo, com os agentes comunitários, isso já está mudando um pouco, porque era pior.” (CD3)

A partir destas falas, compreende-se que a integração com a equipe ocorre de maneira pontual, amparada em pouca comunicação e articulação, necessitando avanços dentro da perspectiva multi e interprofissional.

Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que, no Brasil, a formação dos profissionais de saúde está pautada em três tipos de formação: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, com predomínio da primeira forma¹⁶.

O interprofissionalismo é um avanço da multidisciplinaridade porque diz respeito a profissionais com diferentes formações na saúde que transitam entre áreas específicas de formação, articulam saberes específicos a outros na organização do trabalho. Esse transitar refere-se também à articulação entre equipes de forma ampliada, promovendo a integração das redes de cuidado, por meio de práticas ou condutas colaborativas. É uma característica de equipes integradas, cujos atributos são: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações^{16,17}.

A comunicação interprofissional é um elemento central para o trabalho em equipes integradas. Possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção integral ao usuário. O compartilhamento de

informações e a interação dependem da reciprocidade comunicativa, com a participação ativa dos sujeitos envolvidos¹⁷.

As necessidades de saúde requerem cada vez mais profissionais preparados para trabalhar colaborativamente em equipes comprometidas com o cuidado à saúde, pois a crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico dizem respeito ao envelhecimento e aumento das doenças crônicas apontam para necessidade de um novo perfil profissional caracterizado pela colaboração interprofissional¹⁷.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que há diferentes entendimentos e envolvimento dos profissionais entrevistados em relação ao processo de trabalho no PSF. O estudo evidenciou desafios a serem superados em relação ao cuidado integral do usuário, com foco em todas as necessidades do usuário e não somente na doença, que incluem necessidades de avanços na resolutividade das demandas curativas identificadas, na implementação de ações de promoção e prevenção.

Outro desafio diz respeito à necessidade de avanços no processo de trabalho em equipe na perspectiva multiprofissional e interprofissional, visando ao alcance de melhorias no processo de trabalho. Há desafios a serem superados em relação ao trabalho na perspectiva da EPS. Apesar de este estudo relatar uma realidade específica em determinado momento, acredita-se que esses resultados também podem ser vivenciados em outros locais porque o trabalho no SUS é dinâmico e processual. Logo, desafios e avanços sempre existirão no SUS, porque ele é um processo

em construção, também dependente da formação e da educação dos profissionais na perspectiva da integralidade da atenção da pessoa.

ABSTRACT

Dentists' perception about the work in the Family Health Program

This qualitative study was conducted on dentists (CDs) that integrate the Oral Health Teams (ESB) of the Family Health Program (PSF) in a middle-size city in Southern Brazil, conducted from April to June 2017. The study aimed to identify the perception of these professionals about their work experiences in the Program. The CDs working in the PSF in each of the nine Basic Health Units (UBS) were invited to participate, adding up to seven interviewees. Data were collected by recorded, semi-structured interviews with script of questions, and assessed by analysis of thematic content, based on the assumptions of Laurence Bardin. The results indicated the involvement and actions of these professionals aiming at family care, yet the assistance approach is predominant in the oral health care. Among the interviewees, the high demand for curative dental procedures was perceived as a barrier to advances in integral care and teamwork, from a multiprofessional and interprofessional perspective. It was concluded that there are different understandings of interviewed professionals in relation to the work process in the PSF. There are challenges to be overcome concerning the integral care to the user, integration with the multiprofessional team and work from the perspective of permanent health education.

Descriptors: Oral Health. Family Health Program. Qualitative Research. SUS. Family Health Strategy.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2010; 14(33):301-14.
2. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de Saúde da Família. *RGO.* 2011; 59(1):109-15.
3. Costa SM, Souza LPS, Souza TR, Cerqueira ALN, Botelho BL, Araújo EPP, et al. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad Saúde Colet.* 2014 22(3):292-9.
4. Rodrigues AAAO., Gallott AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2009; 33(4):582-94.
5. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. *Trab Educ Saúde.* 2014; 12(2):327-41.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 1995.
7. Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate.* 2015; 39(104):56-64.
8. Moimaz SAS, Bordin D, Fadel CB, Santos CB, Garbin CAS, Saliba NA. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Coletiva.* 2017; 25(1):1-6.
9. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3):274-81.
10. Silva GG, Carcereri DL, Amante CJ. Estudo qualitativo sobre um programa de educação em saúde bucal. *Cad Saúde Coletiva.* 2017; 25(1):7-13.

11. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2017; 22(64):77-86.
12. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(2):383-91.
13. Motta LCS, Batista RS. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. *Rev Bras Educ Méd.* 2015; 39(2):196-207.
14. Moraes LB, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. *Physis.* 2015; 25(1):171-86.
15. Peduzzi M, Noman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(4):977-83.
16. Miguel EA, Aires DA, Esteves RZ, Pissoli FCAM, Godoi SR, Silva SM. Importância do trabalho interprofissional para a Estratégia Saúde da Família e Pediatria. *Espaç Saúde.* 2016; 17(2):111-7.
17. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(2):16-24.

Correspondência para:

Lucimar Aparecida Britto Codato
e-mail: lucimarcodato@gmail.com
Rua Fernando de Noronha, 608/504
86020-904 Londrina/PR