



PROCESSO DE TRABALHO DE AUXILIARES EM SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO CEARENSE

Process of work of auxiliaries in oral health in a cearense municipal

Tainá Macedo do Vale^a, Ermano Batista da Costa^b, Antônio Rodrigues
Ferreira Júnior^c

^a Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), cirurgiã-dentista pela Secretaria Saúde de Nova Russas-CE, tainamdovale@yahoo.com.br; ^b Mestre em Clínicas Odontológicas Integrada pela Faculdade São Leopoldo Mandic, cirurgião-dentista pela Secretaria de Saúde de Nova Russas-CE, ermanobatista@hotmail.com; ^c Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Professor adjunto em Enfermagem da UECE, arodrigues.junior@uece.br

RESUMO

O estudo desenvolveu uma investigação das percepções dos Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) acerca do processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com participação de ASB vinculados à atenção primária em saúde do município de Nova Russas-CE. O estudo foi realizado por meio de entrevista motivacional em grupo. Para se compreender toda a dimensão do objeto, optou-se por oficinas que aprofundassem no mundo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, por meio da Educação Permanente. Como resultado, houve uma caracterização ampla do processo de trabalho em saúde desses ASB. A equipe de produção do cuidado em saúde bucal apresentou-se segregada em diversos relatos com relação aos demais profissionais que compõem o contexto da atenção primária em saúde. Não sendo apenas culpa dessa equipe, vislumbra-se um futuro com maior integração entre as diversas áreas no planejamento e realização das ações de saúde no território, o que irá beneficiar diretamente os usuários do SUS.

Palavras-chave: Saúde bucal; Educação em Saúde; Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT

The study developed an investigation of the perceptions of Oral Health Assistants (ASB) about the work process in the Health Care Network. This is a qualitative, exploratory and descriptive research, with the participation of ASB linked to primary health care in the city of Nova Russas-CE. The study was carried out through a motivational group interview. In order to understand the entire dimension of the object, we opted for workshops that delved into the world of the meanings of human actions and relationships, that is, through Permanent Education. As a result, there was a broad characterization of the health work process of these ASB. The oral health care production team was segregated in several reports in relation to the other professionals that make up the context of primary health care. It is not just this team's fault, a future is envisioned with greater integration between the different areas in the planning and implementation of health actions in the territory, which will directly benefit users of the Unified Health System.

Keywords: Oral health. Health Education. Dental health services.

INTRODUÇÃO

Após a incorporação de diretrizes ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, esperava-se atualizar a oferta de serviços públicos de saúde e amenizar o descontentamento da população com o sistema hospitalocêntrico, o qual gerava práticas de exclusão em direitos de saúde. Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, buscou-se acessibilidade e integralidade nos serviços de saúde, mas a odontologia não foi incluída inicialmente no programa, e parte da população permaneceu tendo problemas de acesso às ações e aos serviços odontológicos (1,2).

A inserção do Cirurgião-dentista (CD), bem como do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no PSF, possibilitou uma reorientação do modelo de trabalho, antes focado, fragmentado e técnico, para um processo que envolva uma assistência ampla com ações preventivas e educativas, objetivando diminuir os problemas bucais que podem acometer a população (3,4).

Nesse contexto, as dificuldades para inserir e manter a Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda existem. Dentre elas podem-se citar as dificuldades na reorganização do modelo de trabalho em saúde pelo ASB, demonstrando que apesar de políticas nacionais de saúde incentivadoras, ainda se encontram muitas barreiras para serem vencidas, mesmo com trabalhadores formados na estrutura do sistema de saúde como nas Escolas Técnicas do SUS (5).

Para que o serviço e as ações não fossem empíricos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2009, tentou trazer a importância de aproximar a educação da vida cotidiana ao potencial educativo da situação de trabalho. Essa perspectiva, centrada no processo de trabalho, não devia se limitar a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe (6).

A inserção da equipe auxiliar em serviços públicos odontológicos no Brasil não é recente, e vem sendo experimentada desde o início dos anos de 1950, com a experiência da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública. A incorporação e expansão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde é uma possibilidade de que os profissionais, cada vez mais especializados, sejam liberados das funções mais simples, mas não menos importantes do trabalho odontológico, e a necessidade de ampliação dos serviços de odontologia a um custo menor, buscando a racionalização do processo de trabalho (7,8).

A não utilização de pessoal auxiliar significa uma ostentação que não deve ser permitida por nenhuma sociedade, pois é um erro empregar um profissional com elevado padrão científico para executar ações que não requeiram tal padrão. Quando isso ocorre, existe o encarecimento da ação odontológica, tornando-se proibitiva para grande parcela da população e o desinteresse por parte dos Cirurgiões-Dentistas, que sentem aproveitar mal seu tempo de trabalho, quando poderiam otimizá-lo (9).

Especificamente, a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008 regulamenta o exercício das profissões do ASB, bem como do Técnico em Saúde Bucal (TSB). Sendo esses obrigados a se registrarem no Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a se inscreverem no Conselho Regional de Odontologia (CRO) em cuja jurisdição exerçam suas atividades. A supervisão direta é obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta. As funções de ambos se complementam e completam o exercício do CD (10).

Os ASB e TSB são importantes por compor as equipes de Saúde Bucal (eSB) e podem ser formadas pelo CD e ASB ou TSB, sendo denominada de equipe modalidade I, ou pelo CD, TSB e ASB ou outro TSB, denominada de equipe modalidade II. O trabalho dessas equipes se baseia nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo uma estratégia de organização de seus serviços no país. No entanto, uma minoria de eSB no Brasil é da modalidade II (11).

É notório o esquecimento do ASB no contexto da APS, mesmo sendo parte da Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e do seu envolvimento direto nas atividades relacionadas à Saúde Bucal (12). Diante disso, este trabalho analisou a percepção do ASB acerca do seu processo de trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para se compreender toda a dimensão e complexidade do objeto de pesquisa optou-se pelo estudo do tipo qualitativo (13). Esse estudo seguiu uma estratégia de pesquisa aplicada, caracterizada como pesquisa-ação, mas com fins de intervenção, pois tem a finalidade de obter novos conhecimentos, e dirigida, primordialmente, a um objetivo ou propósito prático e específico (14).

Nessa linha, o estudo optou pela metodologia de Oficina de Educação Permanente, advinda das oficinas pedagógicas comuns na área da educação, que ocorre a sistematização dos conhecimentos pela análise da realidade, e

Processo de trabalho de auxiliares em saúde bucal em um município cearense

quando há a socialização das palavras (15). A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, podendo ser entendida como aprendizagem-trabalho no cotidiano das organizações (6).

O estudo aconteceu no município de Nova Russas, o qual se encontra situado no oeste do estado do Ceará, localizando-se na microrregião do Sertão de Crateús. A população municipal estimada pelo senso Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010 é de 30.977 habitantes e uma extensão de 741,4 Km² (16).

A Secretaria Municipal de Saúde de Nova Russas faz a gestão de 11 equipes de Saúde da Família (eSF), todas contendo eSB. Na atenção secundária e terciária existe um Centro de Especialidades Odontológicas, uma Policlínica multiprofissional, um Centro de Atenção Psicossocial e um Hospital de pequeno porte (17,18). No período da pesquisa, algumas ASB estavam de licença ou férias o que resultou em apenas 09 participantes.

A coleta de dados ocorreu em três modos:

Modo 1: Foi aplicado um questionário auto avaliativo fechado com as ASB com o objetivo de uma sondagem prévia do conhecimento, momento antes do início da primeira Oficina de Educação Permanente. Esse abordou os seguintes temas: atribuições profissionais, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo, responsabilidade profissional. Tais aspectos foram prioridades nos debates realizados na primeira oficina, que foi realizada unicamente por uma sanitarista mestra em ciências da saúde (19). É válido destacar que esses temas são os princípios norteadores das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Modo 2: Neste momento os dados foram coletados por Entrevista Motivacional (EM) em grupo (20), gravada em gravador de voz, perante os assuntos planejados para 3 Oficinas. Assim, a primeira oficina expôs as funções da ASB,

o conceito de ética e os princípios norteadores das ações em saúde bucal. A segunda oficina abordou organização do processo de trabalho e biossegurança e a terceira oficina discutiu o tema acolhimento.

A EM trata-se de uma metodologia prática e objetiva, e qualquer profissional, desde que capacitado para tal, pode aplicá-la por ser uma estratégia efetiva e de pouco confronto. Diante disto, a EM almeja, por meio de testes e adaptações com rigor científico, mudança no comportamento que se concretiza no decorrer do tempo, estabilizando assim a ambivalência e agregando uma visão humanista e construtivista nas modificações de questões problemáticas ou arriscadas (20).

O método de EM é apropriado por articular a dimensão psicossocial, em que se consideram os atravessamentos políticos, sociais e institucionais, a dimensão clínica que trabalha com o projeto dos sujeitos e a dimensão educativa que possibilita a informação, a apropriação de conteúdo, a reflexão, o processo de ressignificação, transmissão e conscientização (21).

Modo 3: Realizado seis meses após o término da última oficina com aplicação dos mesmos questionários. O objetivo desse momento foi de avaliação e monitoramento dos discernimentos produzidos no decorrer do estudo, postos em prática provavelmente pelas ASB nos seus ambientes de trabalho, objetivando benefícios no atendimento da população usuária dos serviços em saúde bucal no município de Nova Russas.

Os três encontros foram realizados na sala de reunião da Secretaria Municipal de Saúde por deter espaço e material audiovisual para as atividades planejadas. As oficinas, os questionários e a EM em grupo, registrada com auxílio de gravador, tiveram duração de 4 horas.

Sob os dados qualitativos, levando-se em consideração os temas de debate dos três encontros e as atribuições conferidas aos ASB pelo Ministério da Saúde, foi realizada uma análise de conteúdo a partir das seguintes direções: a) a organização das ações dos ASB e a discrepância entre o que é determinado; b)

os dilemas enfrentados por esses profissionais na prática clínica; e c) a qualidade do acolhimento estabelecido entre as ASB e os usuários.

Uma vez coletados os dados relacionados ao tema, as informações coletadas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (22,23). Constatou-se de três fases, conforme sugerido pelos autores: pré-análise, ocasião em que as entrevistas foram transcritas; descrição analítica, quando o material foi analisado, codificado, classificado e categorizado e; interpretação inferencial, etapa que permitiu estabelecer relações entre as respostas dos entrevistados e os temas objeto da pesquisa.

Os riscos para os participantes foram mínimos. Os pesquisadores tentaram ser claros quanto às etapas e os temas abordados, dando margem para quaisquer esclarecimentos. Assim, este estudo obedeceu aos preceitos determinados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obtendo aprovação pelo protocolo N. 2.468.756.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As secretarias municipais de saúde necessitam pôr em prática a PNEPS com os trabalhadores do SUS, haja vista não deve ser diferente com os ASB. Capacitações acerca do processo de trabalho devem ser rotina na Rede de Atenção à Saúde, visando modificar substancialmente o processo de trabalho, a partir da discussão perante a prática como fonte de reflexão, resolução de problemas e conhecimento (24).

A motivação dos profissionais de saúde, seu esforço e dedicação pelo trabalho se tornam essenciais à medida que começam a surgir barreiras que dificultam o desempenho de sua atuação profissional. Estas barreiras se devem principalmente à falta de suporte, sendo alegado por ASBs/TSBs que, por vezes, necessitam utilizar recursos próprios para realizar suas atividades (25).

Apesar das políticas de saúde recomendarem a integração da eSB (equipe de Saúde bucal) à eSF (equipe Saúde da Família) (26), observa-se nos discursos das ASBs à frente um distanciamento entre essas equipes.

O dentista sempre está fora das reuniões de equipe. Quando ele participa, só querem saber do agendamento. Quem participa mais é o ACS e a recepcionista também. (F1)

Difícilmente eu participo da reunião e a gente está trabalhando na hora, dependendo do tema é que a gente participa. Tem reunião que quase não fala sobre o atendimento odontológico. As agentes de saúde sempre vêm até a mim no consultório para saber como é a entrega de fichas. (F5)

É fato que o MS vem tratando essas equipes como diferentes pela Portaria Nº 99-2020/SAES/MS e pela Nota Técnica Nº 23-2020/DESF/SAPS/MS, exigindo que tenham SNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e INE (Identificadores Nacionais de Equipes) próprios. É possível encontrar esforços para uma integração entre os profissionais da eSF desde 2008, quando um dos Cadernos de Atenção Básica do MS, o Caderno nº 17, já trazia como um dos principais desafios na organização da atenção em saúde bucal na ESF justamente unificar a porta de entrada com a área de médico-enfermagem. Ressalta-se ainda que as ações de saúde bucal devem integrar-se às demais ações de saúde das UBS e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar (27).

Entende-se que a formação dos profissionais que incluem a eSF e eSB é diferente, o que torna difícil a integração, sendo em comum o objetivo de promover saúde. Não é certo ficar culpabilizando ambas, mas o entendimento e o consenso são necessários. Cita-se como sugestão a execução de mais ações de educação permanente em saúde entre os membros dessas equipes para refletirem sobre a falta de integração e que elaborem estratégias para sanar essa questão, tendo o compromisso de cumpri-las.

Para que a Saúde Bucal envolva toda a eSF, é essencial que os profissionais tenham o entendimento de que o processo saúde-doença sofre influência de múltiplas dimensões inerentes ao viver. Assim, deve-se ampliar o processo de intervenção sobre um problema que antes estava exclusivamente sob responsabilidade do cirurgião-dentista. A inserção deste numa equipe multiprofissional representa um primeiro passo à medida que os profissionais se somam na construção de novos olhares, reafirmando o papel como profissional de saúde (28). A própria eSB necessita aprender a trabalhar de forma integrada, o dentista precisa saber delegar, permitindo que o ASB atinja suas potencialidades e o melhor desenvolvimento da prática profissional (29).

É possível perceber nos discursos abaixo uma dissociação entre o trabalho da ASB e do cirurgião-dentista, como se os dois não formassem uma equipe, como se o atendimento de um não dependesse do outro, como se não se completassem e se complementassem com o único objetivo de atender da melhor forma possível os usuários.

Todos participam e eu explico a minha parte e o dentista explica a parte dele. A enfermeira é coordenadora do posto e quem mais pergunta, mas todo mundo pergunta um pouco. É importante porque a equipe interage e fala dos problemas. (F2)

A enfermeira geralmente leva os problemas e quando envolve o dentista temos que explicar. Eu falo pouco e não sou de questionar. (F6)

Embora se observe nessas falas um contato verbal entre os profissionais, não se pode classificar esse contato de interdisciplinaridade e/ou multiprofissionalismo, pois a interação deveria se manifestar no planejamento e/ou troca de saberes.

Há necessidade de evolução na integração entre os vários profissionais da ESF; este distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das eSB na ESF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista

dos profissionais de saúde bucal que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva que toma grande parte do tempo das eSB, impedindo-a de interagir com os demais profissionais (30,31).

Observa-se que o atendimento odontológico é encarado pela eSF como algo técnico e objetivo, possivelmente pelo fato da odontologia ainda carregar o velho paradigma restaurador, curativista, tecnicista e individualista. O trabalho do CD na ESF deve ir muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada (32). Isso é possível ver-se pelas temáticas odontológicas discutidas nas reuniões, demonstradas pelos discursos F3 e F4, dado a busca de informações mais relacionadas ao atendimento como a distribuição de vagas a determinados grupos e sobre as atividades programadas pelo cronograma mensal.

As reuniões da equipe são mais sobre o cronograma dos atendimentos da área e a organização do posto. É mais entre a enfermeira e os ACSs. (F3)

Sempre fala do cronograma e das atividades do mês. Sempre perguntam sobre o dia dos hipertensos e o dia do pessoal do interior. (F4)

Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio para os cirurgiões-dentistas e auxiliares, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas (27).

No discurso em seguida, a participante fala um emaranhado de justificativas para explicitar que o atendimento odontológico é algo isolado e que só é visto em situações de não atendimento à população.

Dentista não conta muita coisa em nada. Se surgir alguma bronca, aí a gestão vem e cobra da gente. Nas reuniões o assunto é orientar como acontece o atendimento e pouco perguntam do atendimento do dentista. A população se preocupa mais quando tem a falta do dentista. (F7)

Processo de trabalho de auxiliares em saúde bucal em um município cearense

Nos serviços de saúde, a criação de espaços coletivos em que as equipes compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos depende não somente da formação recebida, mas também de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde, permitindo aos gestores a construção da interdisciplinaridade (33).

Ainda que se deva valorizar a polifonia, os profissionais devem trabalhar de forma uníssona, harmônica, valorizando o consenso e a comunicação entre seus integrantes. Entretanto, com o aumento da abrangência da ESF e da divulgação de suas diretrizes, passou-se a se buscar um conhecimento mais aprofundado das diversas maneiras de se promover saúde e também da necessidade de se unir forças entre os diversos profissionais da saúde (34).

RELACIONAMENTO COM A GESTÃO E COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

É preciso expressar a importância do diálogo nas relações de trabalho. Sendo essa facilidade um aspecto vantajoso.

Teve coordenações que não houve pontos positivos. Em outras a gente teve mais facilidade de conversar. (F2)

Participamos de reunião com coordenação mais para falar de férias. (F3)

Forças políticas locais conturbam o fluxo do atendimento, pois buscam privilégios para determinados usuários (por exemplo: conseguir uma ficha de atendimento sem fila), tirando o direito de quem realmente precisa e que segue o fluxo do atendimento normal programado pela eSB. As interferências políticas e os atalhos são os grandes gargalos do serviço público, e que muito desestimulam os servidores à frente do serviço por ir de encontro à equidade e outros princípios do SUS. Esses comentários são expressos nas falas dos ASBs a seguir:

A relação é complicada porque o material é regrado e não tem estrutura também. (F1)

A gestão não se mete no atendimento, mas já teve cabo eleitoral atrapalhando o atendimento e o dentista pediu para sair e, mesmo assim, a gestão não se manifestava. Nem o vereador da localidade interferia tanto quanto ele. (F5)

Um profissional consciente de suas atribuições e que recebe apoio institucional para desenvolvê-las tende a ser mais feliz no ambiente de trabalho (34).

Adicionalmente, percebe-se um distanciamento dos profissionais ASBs com o controle social no SUS, como se observa em seus discursos.

Era bom ter um profissional do posto que pudesse fiscalizar no conselho. (F1)

Eu nunca participei de reunião de conselho de saúde e não sei o que faz. (F4)

Nunca tive curiosidade de entender, só sei que existe o conselho municipal de saúde. Mas já fui a conferências municipais de saúde. (F5)

Eu participei de conferência há mais de 10 anos e nunca mais. (F7)

O desconhecimento acerca das responsabilidades do conselho, seus limites e possibilidades surgem como obstáculos à participação. A participação se relaciona, intimamente, com os interesses e necessidades das pessoas por razões que as mobilizam para participar, trazendo consigo a construção de um sentido pessoal e coletivo para as ações de estímulo e exercício da cidadania (35). Sugere-se a adoção de estratégias que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades, cujo objetivo é a efetivação da participação social com melhor distribuição de poder nos espaços promotores de saúde, como os conselhos locais (36).

Para as autoras Silva e Medeiros (2010) (35), há o descompromisso dos gestores com as condições do bom exercício das funções dos conselhos e o frágil desejo da sociedade em participar destes, deixando aos gestores a responsabilidade de capacitar e estimular os conselheiros. Tal postura leva à sensação de que o papel de dirigir e formar o conselho cabe ao gestor e, infelizmente, esta lógica tem se propagado em muitos conselhos e nos mais diversos municípios, onde os conselheiros se tornam assistentes do gestor, seguindo assim seus encaminhamentos.

REDE DA SAÚDE BUCAL

Consta na Portaria de Consolidação nº2, que é necessário o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (14). Os ASBs usam do vínculo com a população para acompanhar como está o percurso do usuário na rede de saúde bucal, oferecendo opções para o retorno e continuidade do tratamento odontológico no consultório da UBS.

A gente pergunta o paciente do tratamento e às vezes o próprio paciente fala. (F1)

O paciente sai para fazer “raio-X” e volta pedindo o retorno. E se eu vir ele em algum lugar, indico para voltar no consultório. (F2)

Eu sempre fico atenta àquele paciente que tem que terminar o canal e fico perguntando como está o tratamento. Agora a gente está controlando o dia que ele concluiu o canal para poder marcar o retorno dele na unidade. (F3)

Quando tem necessidade de acompanhamento, a sede do distrito é pequena. Aí falo com um parente do paciente para ele retornar. Quando não consigo falo com o ACS mesmo. (F5)

Oriento no consultório como o paciente tem que seguir. Contudo, não comento na minha localidade sem ser no consultório. (F6)

A ESF deve estar articulada com os demais níveis de atenção e conhecendo a sua população, com suas necessidades, tem a possibilidade de observar os encaminhamentos (30).

Às vezes tem gente com preferência política nos encaminhamentos. (F4)

Os autores Costa, Carneiro e Oliveira (2018) (37) denominaram de 'auxílio' a situação em que alguns usuários não passaram pela regulação da Central de Marcação de Consultas de seus municípios, tendo o acesso à vaga na atenção secundária facilitado por terceiros (gestores e servidores municipais, vereadores e até funcionário ou profissional de saúde do CEO).

RELACIONAMENTOS COM PACIENTES E ACOLHIMENTO

Nas falas, as ASBs demonstram lançar mão de várias alternativas de encaixe para os usuários conseguirem o atendimento. Associam a dificuldade de vaga ao tamanho maior da área.

Sempre falo o que o dentista pede para repassar. (F1)

A gente não deixa o paciente voltar sem uma resposta de atendimento, pois tem os agendamentos. O atendimento é bem melhor que na sede do município. Sendo urgência ou não, o paciente entra para conversar com o dentista se quiser. A gente já se acostumou com a demanda pequena. Aí a gente vai buscar os alunos da escolinha para atender. (F2)

Nunca tive problema de estresse ao explicar para o paciente como acontece o atendimento. (F4)

A organização da demanda é um dos grandes nós críticos dos serviços públicos de saúde e exhibe fragilidade quando 74% das eSB respondentes relataram utilizar mais de uma maneira de agendamento dos usuários, ou seja, são várias portas de entrada ao serviço. Sendo a mais utilizada aquela em que o ASB faz

o agendamento (51,1%) e a menos usada a forma de demanda livre (39,9%) (30).

É certo que a negativa de atendimento ao paciente pode gerar conflitos:

Os pacientes estão sempre pedindo informação de vaga. No meu posto é bem difícil conseguir uma vaga porque tem muita gente na área. Alguns pacientes ficam estressados porque não conseguem marcação e também acabam estressando a gente. Com o agendamento ficou melhor do que quando era a demanda livre. (F3)

Quando chega alguém perturbando, coloco no lugar de quem faltou e tento organizar mesmo às vezes atrasando os pacientes. Na hora dos problemas, se eu vejo que eles estão nervosos, eu me calo. (F5)

Tento sempre encaixar todo mundo, mas já fui incomodada por vereador para conseguir vaga sem ter que pegar ficha. (F6)

Contudo, a forma de acolher os usuários e de enxergar a importância do acolhimento pareceu individualizada para cada ASB:

Eu sempre dou um jeito de encaixar aquele paciente que quer resolver algum problema nos dentes, mas quando eu vejo que ele chegou em cima da hora e não tem um problema grave, informado que ele tem que deve voltar outro dia mais cedo. (F3)

É difícil acreditar no paciente que diz está com dor, pois ele às vezes mente para ser atendido na hora. Entendo que tem paciente que mora longe no interior do município, mas nem sempre é possível colocar esse paciente ser atendido, mesmo sabendo das dificuldades de deslocamento dele. (F4)

Tenho dificuldade de identificar se é dor ou não no paciente. Quando eu deixo entrar não é dor, ou seja, o paciente mente. (F5)

É muito difícil eu voltar um paciente de localidade longe. Se eu já conheço ele fica mais fácil. Tento perceber quem realmente precisa ser atendido e negocio quando posso, marcando para outro dia. Mas tento sempre saber se é dor ou porque está vindo sem estar marcado. Quando percebo que ele está me enganando, passo a agendar esse paciente para outro dia. Já foram até na minha casa tentar pegar ficha, mas nem sempre faço a vontade deles e oriento irem ao posto. (F6)

O acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Logo, a ordem de chegada que gera “as fichas” não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente (27).

Para o atendimento ser do mesmo jeito, sempre repito as mesmas informações sobre a organização do atendimento odontológico. É complicado porque muitos pegam a ficha e vão para casa e fica esperando o carro chegar da sede para aparecer. É cansativo ficar dando as mesmas informações sobre os atendimentos, e também não é bom quando me perturbam principalmente na minha casa. (F7)

O presente estudo possui a limitação de ser a interpretação de cirurgião-dentista sobre o processo de trabalho em saúde de auxiliares, mesmo que estes respondam as questões em entrevista, a análise dos dados passa pelo crivo daquele profissional. Acontece que os auxiliares em saúde bucal são apenas profissionais de nível médio/técnico, e não é de costume ou de sua competência/capacidade produzirem trabalhos científicos escritos.

Normalmente os docentes dos cursos de auxiliares em saúde bucal são cirurgiões-dentistas. A partir dessa compreensão, é de se esperar que, além do domínio do conteúdo específico da Odontologia, o cirurgião-dentista que se insira como professor nos cursos de formação seja capaz de expressar suas

competências de forma reflexiva e crítica, além do domínio sobre o conteúdo da área de competência e a capacidade técnica pedagógica para o processo educacional de seus alunos na sociedade, o educador deve trabalhar instrumentos de reflexão, julgamento e decisão de ações (38).

Faz-se necessário o envolvimento de diversos atores nos encontros e desencontros, nos quais a subjetividade exerce grande papel. Assim, tomando por base a necessidade de a Odontologia adequar-se a essa nova realidade dos serviços de saúde, torna-se imprescindível que ocorram modificações no processo de formação de seus profissionais, com a incorporação de novas práticas e de um discurso que se aproxime mais dos fundamentos propostos pela promoção de saúde bucal. Seria importante uma integração da graduação com a formação de recursos humanos auxiliares, enfim, que fosse multiprofissional e interdisciplinar (34).

Com o desenvolvimento das oficinas, o processo de trabalho pode ter sido o principal beneficiado pela possibilidade de acarretar a reflexão profissional quanto às situações-problemas constantes no dia a dia, ao passo que promove a discussão em prol da melhoria dos serviços prestados à população.

CONCLUSÃO(ÕES)

A integração da eSB com a eSF para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a Saúde Bucal. O fato da Saúde Bucal não estar presente desde o início da ESF certamente pode ter gerado um distanciamento entre os profissionais, tanto de nível superior como o cirurgião-dentista, quanto de nível médio como os ASBs.

A equipe de produção do cuidado em saúde bucal apresentou-se segregada em diversos relatos com relação aos demais profissionais que compõem o contexto da atenção primária em saúde. A complexidade da atenção, que envolve aspectos éticos, técnicos, culturais, estruturais, relacionais, dentre outros, perpassam na essência pela comunicação e coesão da eSF. Sentir-se parte de

algo macro, não segregado, pode ter um impacto direto no envolvimento da eSB, e conseqüentemente, na integralidade da atenção.

Não restam dúvidas que é necessária uma maior aproximação entre a equipe multiprofissional da ESF, e um investimento em Educação Permanente em Saúde, tendo em vista que os profissionais da eSF necessitam serem sujeitos de um processo de qualificação profissional.

Assim, após concluir a análise da percepção de Auxiliares em Saúde Bucal acerca do seu processo de trabalho, observou-se que é fundamental incorporar o ensino e o aprendizado no dia a dia das práticas sociais e de trabalho e no contexto real em que ocorrem, bem como modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer.

Como consequência, coloca-se a reflexão como parte integrante da prática e da construção do conhecimento e de alternativas de ação. E com isso, a possibilidade de vislumbrar um futuro com maior integração entre as diversas áreas no planejamento e realização das ações de saúde no território, o que irá beneficiar diretamente os usuários do SUS.

A equipe de produção do cuidado em saúde bucal apresentou-se segregada em diversos relatos com relação aos demais profissionais que compõem o contexto da atenção primária em saúde. Não sendo apenas culpa dessa equipe, vislumbra-se um futuro com maior integração entre as diversas áreas no planejamento e realização das ações de saúde no território, o que irá beneficiar diretamente os usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Carreiro DL et al. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019; 24(3): 1021-1032. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.04272017>>. [Acesso em 2023 jun 23].

2. Ferreira ED, Amorim HP, Matias JV, Dande GC. Inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF). R Odontol Planal Cent. 2014; 4(1): 40-44.
3. Matos EMO. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. Brazilian Journal of health Review. 2020; 3(3): 4383-4395.
4. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Moysés SJ. Oral health in the context of primary care in Brazil. Int Dent J. 2013; 63(5): 237-43. Doi: 10.1111/idj.12039.
5. Warmling CM, Cipriani CR, Pires FS. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no sistema único de saúde Rev. APS. 2016; 19(4): 592 – 601.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Faquim JPS, Carnut L. Pessoal auxiliar em odontologia: a trajetória regulamentar da profissão de técnico em saúde bucal (1975-2008). J Manag Prim Health Care. 2012; 3(2): 202-207.
8. Tomazevic JM. Componente educativo na formação e prática do pessoal auxiliar odontológico [Dissertação de Mestrado] São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.
9. Narvai PC. Recursos humanos para promoção de saúde bucal: Um Olhar no início do século XXI. In: Araújo ME. Organizadora. Odontologia em Saúde Coletiva: manual do aluno. São Paulo; 2003. p. 68-93.
10. Brasil. Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União 2008; 26 dez.
11. Pucca J. A política nacional de saúde como demanda social. Cienc Saude Colet. 2006; 11(1): 243-246.
12. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Rev Tempus Actas de Saúde Colet. 2009; 5(3): 21-34.
13. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. et al (Orgs.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004. p. 9-29.

Processo de trabalho de auxiliares em saúde bucal em um município cearense

14. Brasil. Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. [Acesso em 2017a jun 20].
15. Candau VM. Oficinas pedagógicas de direitos humanos. 2ª ed. Petrópolis, RJ : Vozes; 1995.
16. Sampaio MRV et al. Nova Russas, minha terra, 90 anos de história. Revista Arte Agosto. 2012; 1(1).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. [Acesso 2017b jun 21]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde-CNES - Extração de dados de profissional. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. [Acesso em 2021 jul 19].
19. Backer P. Gestão ambiental: A administração verde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2005.
20. Figlie NB, Guimarães LP. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. Bol. Acad. Paul. Psicol. 2014; 34(87).
21. Nascimento LG, Melo W, Silva MV. Oficinas de intervenção psicossocial com agentes comunitários de saúde: reflexões e intervenções dialogadas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(33): 336-34.
22. Bardin L. Análise de conteúdo, Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70 (Persona Psicologia); 2002.
23. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, São Paulo: Atlas; 1987.
24. Baumgarten A, Veiga RS, Bulgarelli PT, Diesel VM, Bulgarelli AF. Perceptions of primary health care service users regarding dental team practices in Brazil. Prim Health Care Res Dev. 2018; 19(3): 309-315. Doi: 10.1017/S1463423617000639.
25. Martins BP, Uchida TH, Terada RSS et al. Percepção dos Técnicos em Saúde Bucal sobre Educação em Saúde: uma análise qualitativa. Arch Health Invest. 2015; 4(5): 28-35.

Processo de trabalho de auxiliares em saúde bucal em um município cearense

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da atenção básica nº 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
28. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(1): 1643-52.
29. Florio FM et al . Work process of an oral health team according to the dentists. *Rev. Gaúch. Odontol.* 2017; 65(4): 344-351. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000400344&lng=pt&nrm=iso [Acesso em 2021 abr 17].
30. Lourenco EC et al . A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.* 2009; 14 (1):1367-1377. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. [Acesso em 2022 out 7].
31. Austregésilo SC, Leal MC, Figueiredo N, Góes PS. The Interface between Primary Care and Emergency Dental Services (SOU) in the SUS: the interface between levels of care in oral health. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(10): 3111-3120. Doi: 10.1590/1413-812320152010.12712014.
32. Mattos GC et al . A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(2): 373-382. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso [Acesso em 2022 mar 03].
33. Farias MR, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Reve Gaúcha Odontol.* 2011; 59(1): 109-115.
34. Esposti CDD et al. O processo de trabalho do técnico em saúde bucal e suas relações com a equipe de saúde bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saude soc.* 2012; 21(2):372-385. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200011&lng=en&nrm=iso [Acesso em 2020 out 08].
35. Silva VR, Medeiros MR. Conselhos municipais de assistência social: história, fragilidades e possibilidades. *Argumentum.* 2010; 2(2): 163-73.
36. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm,*

Processo de trabalho de auxiliares em saúde bucal em um município cearense

Florianópolis, 2015; 24(2): 442-449. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200442&lng=en&nrm=iso. [Acesso em 2020 out 11]. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>

37. Costa EB, Carneiro JDB, Oliveira AMG. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. Saúde debate [Internet]. 2018; 42(118): 631-645. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300631&lng=en. [Acesso em 2022 out 14].

38. Linan MBG, Bruno LENB. Trabalho e formação profissional do atendente de consultório dentário e do técnico em higiene dental. Trab. educ. saúde. 2007; 5(2): 327-366. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200007&lng=en&nrm=iso>. [Acesso em 2020 out 8].