



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Cristina Pinto de Souza Paulo

**Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada
na pessoa, família e comunidade na atenção primária à saúde de
Petrópolis**

Rio de Janeiro

2023

Cristina Pinto de Souza Paulo

**Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na pessoa,
família e comunidade na atenção primária à saúde de Petrópolis**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra Katlin Darlen Maia

Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

P331 Paulo, Cristina Pinto de Souza.
Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na
pessoa, família e comunidade na atenção primária à saúde de Petrópolis /
Cristina Pinto de Souza Paulo – 2023.
87 f.

Orientadora: Prof.^a Dra Katlin Darlen Maia
Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Odontólogos – Ética – Teses. 3. Atenção
primária à saúde – Teses. 4. Assistência centrada no paciente – Ética – Teses. 5.
Odontologia Integrativa. I. Maia, Katlin Darlen. II. Favoreto, Cesar Augusto
Orazem. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

CDU 616.31-083

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo CRB7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cristina Pinto de Souza Paulo

**Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na pessoa,
família e comunidade na atenção primária à saúde de Petrópolis**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 26 de maio de 2023.

Orientadora: Prof.^a Dra Katlin Darlen Maia
Faculdade de Odontologia – UERJ

Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto
Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof.^a Dra. Mirella Giongo Galvão da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria Inez Padula Anderson
Faculdade de Ciências Médica – UERJ

Prof.^a Dra. Katlin Darlen Maia
Faculdade de Odontologia – UERJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, pelo amor, pela torcida, pelo carinho e por serem aconchego e, em especial, aos meus pais, Roberto (*in memoriam*) e Gloria que são meus exemplos de profissionais e seres humanos. Sem vocês, nada seria.

Ao André, pela incansável cumplicidade e parceria e pelo amor de todo dia.

À minha orientadora, Katlin, e ao meu coorientador, César, pelo carinho, pela dedicação, pela colaboração e por aceitarem caminhar ao meu lado nesse projeto. Vocês foram incríveis! Minha eterna gratidão.

Aos professores do mestrado PROFSAÚDE UERJ, Ana Claudia, César, Eloísa, Inez, Katlin e, Mariana por compartilharem conhecimentos e se dedicarem ao meu aprendizado. Foi uma honra tê-los por perto nessa etapa da vida.

Às minhas companheiras de turma e parceiras nessa trajetória, Bianca Juliana, Luciene, Maria Carolina e Maria Olívia. Muito obrigada pelas trocas e pelo apoio ao longo desses últimos anos, a caminhada com vocês foi mais leve e tranquila.

À Gisele Viana, enfermeira da minha unidade, que tanto me ensinou sobre Estratégia de Saúde da Família na prática e, com o tempo, se tornou uma amiga querida.

RESUMO

PAULO, Cristina Pinto de Souza. **Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na atenção primária à saúde de Petrópolis**. 2023. 87 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O modelo de atenção centrado na pessoa (ACP) procura proporcionar uma abordagem holística que envolve as relações interpessoais e foca nos indivíduos e suas virtudes. Nesta lógica, surge o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) que se destaca por apresentar uma conduta integral e mais humana. Porém, apesar da evolução das políticas públicas em saúde e da inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo de cuidado que prevalece na odontologia ainda é o biomédico. Este trabalho trata sobre a ACP e tem por objetivo conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas (CD) em Petrópolis-RJ sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa pesquisa é qualitativa, realizada através de entrevistas semiestruturadas CD estatutários que atuavam na ESF em Petrópolis. Desta análise foram reconhecidas quatro categorias temáticas: (1) Identidade do CD na prática da ESF. Nesta categoria foram verificados fatores que levaram esses profissionais a trabalharem no Sistema Único de Saúde (SUS), quais seriam as habilidades e atitudes importantes, os aprendizados construídos na formação profissional que precisariam ser estruturados, além da importância de se ter um perfil profissional para trabalhar na ESF; (2) Tratar a boca ou a pessoa: a ACP na prática odontológica. Nesta categoria foi destacada como é a visão do CD atuante na ESF sobre a ótica desse modelo. Foram reforçadas aspectos como a valorização da pessoa em sua integralidade, a compreensão de como se explora a saúde, a doença e as percepções sobre essas experiências, a adequação da realidade para trabalhar inserido no contexto do território, a conduta clínica no processo de trabalho, a importância das habilidades de comunicação, o fortalecimento das relações entre profissional e paciente, a empatia e o não julgamento, e as dificuldades encontradas ao longo desse processo; (3) O impacto das condições de trabalho na APS. Esta categoria ressaltou questões relacionadas à infraestrutura de trabalho. Destacou-se, também, a importância dos registros nos prontuários e a qualidade deles, além das dificuldades a respeito da sobrecarga de demanda e da prevalência de procedimentos curativos; (4) Aprendizados adquiridos a partir das práticas em saúde da família. Esta categoria abordou a humanização das práticas e como os aprendizados na estratégia impactaram o trabalho e a vida pessoal do profissional, além de reforçar como o desencontro entre a formação universitária e as demandas do SUS apontam para a necessidade da formação integral e holística. Concluiu-se que, apesar de não existir informações suficientes relativas a ACP dentro da odontologia, foi através da rotina voltada para saúde pública, em especial para a ESF, que esses profissionais desenvolveram ao longo dos anos um cuidado diferenciado daquilo que identificaram ter aprendido em sua formação, portanto, mais estudos sobre o assunto seriam fundamentais. Como produto deste trabalho derivaram-se: um guia de orientação para odontologia e uma proposta de semiologia voltados para a abordagem centradas na pessoa.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Assistência Centrada no Paciente. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

PAULO, Cristina Pinto de Souza. *Dentist's perception about the dental practice centered on the person, family and community in the primary health care of Petrópolis..* 2023. 87 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The person-centered care model seeks to provide a holistic approach that involves interpersonal relationships and focuses on individuals and their virtues. In this logic, the Person-Centered Clinical Method emerges, which stands out for presenting an integral and more human conduct. However, despite the evolution of public health policies and the insertion of oral health in the Family Health Strategy, the model of care that prevails in dentistry is still the biomedical one. This paper deals with person-centered approach and aims to know the perception of dentists in Petrópolis-RJ about the dental practice centered on the person, family and community in Primary Health Care. This research is qualitative, conducted through semi-structured interviews with statutory DCs who worked in the Family Health in Petrópolis. From this analysis, four thematic categories were recognized: (1) Identity of the HC in the practice of the FHS. In this category, factors that led these professionals to work in the SUS were verified, what would be the important skills and attitudes, the learnings built in professional training that would need to be structured, in addition to the importance of having a professional profile to work in the Family health strategy; (2) Treating the mouth or person: person-centered care in dental practice. In this category it was highlighted how is the vision of the dentist working in the family health strategy on the perspective of this model. Aspects such as valuing the person in their integrity, understanding how to explore health, disease and perceptions about these experiences, the adequacy of reality to work inserted in the context of the territory, clinical conduct in the work process, the importance of communication skills, the strengthening of relationships between professional and patient, empathy and non-judgment, and the difficulties encountered throughout this process; (3) The impact of working conditions on primary health care. This category highlighted issues related to work infrastructure. The importance of the records in the medical records and their quality were also highlighted, in addition to the difficulties regarding the overload of demand and the prevalence of curative procedures; (4) Learning acquired from family health praxis. This category addressed the humanization of practices and how the learnings in the strategy impacted the work and personal life of the professional, in addition to reinforcing how the mismatch between university education and the demands of the SUS point to the need for integral and holistic education. It was concluded that although there is not enough information regarding person-centered care within dentistry, it was through the routine focused on public health, especially for the Family Health Strategy, that these professionals developed over the years a differentiated care from what they identified having learned in their training, therefore, more studies on the subject would be fundamental. As a product of this work, the following were derived: an orientation guide for dentistry and a proposal of semiology focused on the person-centered approach.

Keywords: Oral Health. Patient-Centered Care. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
CD	Cirurgião-dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESO	Centro Universitário Serra do Órgãos

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	OBJETIVOS	12
1.1	Objetivo geral	12
1.2	Objetivos específicos	12
2	HIPÓTESE	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Modelos de atenção à saúde	14
3.1.1	<u>Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)</u>	16
3.1.2	<u>Abordagem Centrada na Pessoa na Atenção Primária à Saúde</u>	20
3.1.3	<u>Odontologia e a Abordagem Centrada na Pessoa</u>	21
3.2	Formação em Odontologia e mudanças curriculares	23
3.3	Contextualizando a odontologia no Brasil	25
3.4	Odontologia e especialidade em saúde da família	27
3.5	Dificuldades para reorganização do modelo de atenção em saúde bucal	29
3.6	Tecnologias leve-relacionais e a odontologia	30
3.7	Políticas Públicas indutoras da Abordagem Centrada na Pessoa	31
4	METODOLOGIA	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	Identidade do Cirurgião-Dentista no contexto da prática em saúde da família	37
5.1.1	<u>O desenrolar da trajetória profissional</u>	37
5.1.2	<u>Indo para além da formação profissional</u>	41
5.1.3	<u>Desafios do processo de trabalho</u>	43
5.2	Tratar a boca ou a pessoa: a Abordagem Centrada na Pessoa na prática odontológica	46
5.2.1	<u>Explorando a saúde, a doença, experiência com a doença</u>	48
5.2.2	<u>Entendendo a pessoa como um todo</u>	49
5.2.3	<u>Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas</u>	52
5.2.3.1	Habilidade de comunicação	55
5.2.4	<u>Fortalecendo a relação entre profissional e o usuário</u>	58
5.3	O impacto das condições de trabalho na Atenção Primária à Saúde	60

5.3.1	<u>Ambiente</u>	60
5.3.2	<u>Registros de atendimentos</u>	61
5.3.3	<u>Recursos</u>	62
5.4	Aprendizados adquiridos a partir das práxis em saúde da família	64
6	PRODUTOS TÉCNICOS	71
6.1	Proposta 1: Protocolo de Abordagem Centrada na Pessoa em Saúde Bucal.	71
6.2	Proposta 2: Guia para uma Anamnese Odontológica Dialógica	71
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada	80
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – maiores de idade	81
	APÊNDICE C – Protocolo de abordagem centrada na pessoa em saúde bucal ...	84
	APÊNDICE D – Guia para uma anamnese odontológica dialógica	87

INTRODUÇÃO

Em 2008, me formei em odontologia no UNIFESO (Centro Universitário Serra do Órgãos), uma faculdade particular na cidade de Teresópolis, região serrana do Estado do Rio de Janeiro, e comecei minha carreira em um consultório privado na mesma cidade. No ano seguinte, iniciei minha primeira especialização, em ortodontia, e três anos depois, comecei a segunda especialização, em implantodontia. Após 11 (onze) anos em consultório privado comecei a trabalhar, através de seleção em concurso público, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em São José do Vale do Rio Preto, cidade próxima à Teresópolis. Essa experiência começou a transformar meu olhar sobre o cuidado e o fazer odontologia, e acabei realizando, 2 (dois) anos depois, outro concurso, e iniciei meu trabalho em uma nova unidade de ESF, nesse momento, na cidade de Petrópolis, uma cidade também localizada na região serrana do Estado do Rio de Janeiro, porém, maior. Por me envolver com a realidade da Estratégia em Saúde da Família, optei por dedicar meus estudos nesse assunto, iniciando o mestrado do PROFSAÚDE/UERJ em 2020.

Ao iniciar as atividades na ESF me deparei com as características particulares que envolvem um trabalho voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS), como: atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural, além da importância do trabalho em equipe multidisciplinar.

A partir desse momento e, com a rotina de trabalho consideravelmente diferente do que havia feito por quase 10 (dez) anos exclusivamente, percebi que minha formação profissional de base não foi direcionada para uma abordagem humanizada, generalista e centrada na pessoa. Por este motivo, me confrontei com questionamentos sobre a prática do cirurgião-dentista (CD) da atenção primária e o cuidado centrado no paciente. Senti que o trabalho realizado no Sistema Único de Saúde (SUS) estava exigindo algo de mim que não estava qualificada e preparada para exercer.

No Brasil, o serviço realizado no SUS é estruturado no primeiro nível de atenção através da APS. O fortalecimento e a reorganização da APS são de responsabilidade da ESF (BATISTA *et al.*, 2016). Desde sua implantação, a saúde da família surge como um parâmetro para mudança do modelo assistencial à saúde no Brasil e tem como base, a humanização. (GRANJA e ZOBOLI, 2012).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 com o intuito de articular as intervenções de saúde junto à comunidade, para proporcionar estratégias que não evidenciassem apenas ações curativas e o cuidado centrado na doença, mas também ações direcionadas para promoção de saúde relacionadas com os determinantes sociais. Essa abordagem da atenção primária valoriza o paciente em sua integralidade, ressignificando a relevância do indivíduo (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009).

A partir do ano 2000, políticas públicas no Brasil incorporaram a saúde bucal na ESF. Em 2004 foi estabelecida a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente – transformando a saúde bucal em uma das quatro áreas de prioridade do SUS, dessa forma, ficou instituída a ideia de integralidade do cuidado (GRAFF e TOASSI, 2018). Além disso, aconteceram mudanças curriculares na educação através das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com o objetivo de se adequar o ensino de odontologia às demandas no Brasil e do SUS (GRAFF e TOASSI, 2018). Com todas essas transformações políticas, o trabalho do profissional de saúde também teve que sofrer mudanças para se adequar à atenção primária (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009).

Apesar dessa inserção na saúde pública, para Grande *et al.* (2016) geralmente os CD não apresentam conhecimentos capazes de alcançar os princípios e diretrizes do SUS em suas condutas clínicas. Isso ocorre devido ao fato de que a formação e prática clínica dos CD são decorrentes de uma odontologia ainda fortemente estruturada no modelo flexneriano, baseada em conceitos curativos, tecnicistas, biologicistas, hiperespecializados, e individualistas e com pouco direcionamento para promoção e prevenção em saúde e deixando as disciplinas com enfoque antropológico e social em segundo plano.

A odontologia ainda é hegemonicamente influenciada pelo modelo biomédico, onde a saúde é compreendida de forma mecânica e dissociada dos princípios e crenças de cada pessoa (APELIAN *et al.*, 2017). Sabe-se, porém, que o modelo biomédico não é o mais adequado e os aspectos sociais e psicológicos que devem ser considerados como relevantes ao longo da abordagem odontológica. (MILLS, 2017).

Com isso, o interesse no cuidado centrado no paciente dentro da odontologia começou a se desenvolver, porém ainda existem poucos estudos avaliando como esse modelo de cuidado pode apresentar benefícios no conceito do cuidado em odontologia (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2021).

O CD que adote uma conduta de ACP não deve apenas cuidar da doença, mas também da enfermidade, ou seja, da experiência do indivíduo com a doença. Nessa compreensão, o

profissional irá conhecer as demandas e necessidades dos pacientes que estarão relacionadas com questões biopsicossociais, econômicas e culturais (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2020).

Embora existam poucos estudos sobre os conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) dentro da odontologia, os modelos que se apresentam, procuram mostrar a importância de promover um cuidado humanizado e desenvolver uma conexão entre profissional e a pessoa que receberá o cuidado (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2021).

Os cuidados embasados nas relações interpessoais deveriam nortear não só a formação como a prática dos profissionais CD. Se assim fosse, este profissional teria qualificação científica e, também, uma atitude empática, receptiva, franca, capaz de criar vínculo. Por estes motivos, diversos autores levantam questionamentos sobre a conduta na prática do profissional, tais como: de que forma o cuidado vem sendo estudado e praticado? Como é compreendido o cuidado dentro das tecnologias relacionais (GRAFF e TOASSI 2017)? “Como é definido o cuidado centrado no paciente em odontologia?” (SCAMBLER; DELGADO; ASIMAKOPOULOU, 2016). “O que é e como é praticado o cuidado centrado no paciente dentro da odontologia?” (SCAMBLER; GUPTA; ASIMAKOPOULOU, 2014). “Como podemos promover o cuidado centrado no paciente dentro da odontologia?” (APELIAN *et al.*, 2017). “O CD está preparado para o cuidado centrado no paciente?” (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2020).

Estudos realizados no Reino Unido e no Canadá (SCAMBLER e ASIMAKOPOULOU, 2014; SCAMBLER; GUPTA; ASIMAKOPOULOU, 2014; MILLS *et al.*, 2015; APELIAN *et al.*, 2017; APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2020) mostraram que há poucas pesquisas sobre a ACP e que são necessários mais estudos para ajudar CD a adquirirem conhecimento teórico sobre esse modelo de cuidado e, posteriormente, sobre como o cuidado deverá ser praticado sob esta ótica em odontologia.

Buscando responder à angústia inicial que me levou a conhecer mais sobre esta temática, meu interesse foi compreender qual seria a percepção do CD sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na APS, no local o qual exerço minha profissão, o município de Petrópolis.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção do CD sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na APS no município de Petrópolis.

1.2 Objetivos específicos

- a) Explorar como os CD da APS do município de Petrópolis observam a saúde, a doença e a experiência com a doença;
- b) Perceber como as concepções e habilidades dirigidas pela integralidade influenciam a realização do cuidado e, mais especificamente os planos terapêuticos.

2 HIPÓTESE

Ao longo do estudo espera-se encontrar, por parte dos profissionais entrevistados, pouco fundamento teórico e prático sobre a ACP dentro da odontologia na APS e sobre os métodos que podem ser desenvolvidos no decorrer das consultas para que se alcance o cuidado centrado na pessoa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Modelos de atenção à saúde

Vários modelos são reconhecidos como forma de se produzir saúde, e, dentre eles, o modelo biomédico é descrito como sendo um modelo onde a saúde é compreendida de forma mecânica, podendo ser alcançada independente do ser humano, seus valores e interpretações (APELIAN *et al.*, 2017). Esse modelo é objetivo e se orienta por questões biológicas, preconiza o atendimento centrado no diagnóstico e tratamento de doenças e despreza situações subjetivas que envolvem o indivíduo (BARBOSA e RIBEIRO, 2016).

A racionalidade biomédica compreende e intervém sobre os processos de saúde e adoecimento. Ela é fundamentada por uma lógica mecanicista que independe das características socioculturais e psicológicas da pessoa que sofre ou que se expõe a uma intervenção em saúde (CAMARGO Jr, 2005).

Ballester *et al.* (2010) reforçaram que o relatório Flexner de 1910 é a referência histórica que estabelece o modelo biomédico no ensino da medicina. Esse relatório implementou e sistematizou as disciplinas biológicas dirigidas à anatomia e fisiologia do corpo como objetivo central da formação, levando a um aprofundamento da tecnociência biomédica como saber e prática médica. Para esses autores, este modelo tem como características ser centrado no profissional e desconsiderar a experiência do paciente com as enfermidades, e, portanto, vem sendo questionado como o único modelo de práticas em saúde.

Tais questionamentos e insatisfações têm acontecido pelo fato de que nas últimas décadas, devido a uma série de transformações, a população tem requisitado mudanças na forma do atendimento clínico. Para que uma consulta seja adequada às necessidades da pessoa e efetiva em suas intervenções diagnósticas e terapêuticas e tenha maior adesão do paciente ao tratamento proposto é necessário um modelo que compreenda a subjetividade do indivíduo e que leve em consideração os aspectos psicológicos, educacionais, sociais e culturais. Não basta apenas compreendê-los, é fundamental que essas características sejam incorporadas no diagnóstico e na terapia para que se alcance sucesso no tratamento (LOPES, 2007; BALLESTER *et al.*, 2010).

Não se nega a relevância da biologia, anatomia e fisiologia do corpo humano, mas ao mesmo tempo deve-se salientar que os processos de saúde e doença também têm componentes linguísticos e culturais relevantes. “O corpo, saúde e doença só adquirem determinados sentidos no contexto da cultura e da linguagem em que são compreendidos e experienciados” (MEYER *et al.*, 2006, p. 1338).

Nos anos de 1920, Francis Peabody, médico e professor, havia escrito sobre o paciente como centro do cuidado (PEABODY, 1926). Nos anos 50, o autor Michael Balint publicou seu trabalho com o título “O médico, o Paciente e a Doença” que destacava a relevância da abordagem holística no cuidado com o paciente (BALINT, 1955). Balint descrevia um modelo de medicina centrada na pessoa que proporcionava uma abordagem mais integral e aparecia em oposição à ideia da abordagem biomédica tradicional e centrada na doença. Em sequência, esse modelo de ACP foi mencionado como um modelo biopsicossocial, onde as saúdes mentais, físicas e espirituais estariam integradas (MILLS, 2017).

Neste referencial teórico, optamos por respeitar o termo referente a ACP que foi escolhido por cada autor referenciado, por este motivo há ao longo do texto, termos diferentes para o mesmo assunto, como por exemplo, “abordagem”, “atenção”, “cuidado”, “paciente”, “pessoa”, “*patient*”, “*person*”.

A ACP é uma forma de atenção à saúde que envolve as relações interpessoais e que não é orientada para abordar os aspectos da doença e sim, possui foco nos indivíduos e suas virtudes (GRAFF e TOASSI, 2017).

Para Stewart *et al.* (2017) a condição moral para um profissional de saúde ser centrado na pessoa é abdicar da relação vertical que acontece na abordagem tradicional e deve ser capaz de compartilhar o poder. Além disso, a postura objetiva do profissional na abordagem tradicional, biomédica, aparenta uma indiferença à dor do indivíduo, e isso é inadmissível. A ACP é o equilíbrio entre o objetivo e o subjetivo.

Uma importante habilidade que deve ser desenvolvida para a permitir uma abordagem centrada no paciente é a de comunicação. Nela estão compreendidas a escuta ativa na narrativa da pessoa, a utilização de perguntas abertas para a anamnese e perguntas fechadas para concluir a história, além de atenção quanto ao tom de voz e ao ritmo das falas durante a conversa. A comunicação não verbal como o contato visual e as atitudes dos profissionais e dos pacientes nos encontros também são relevantes para que se compreenda o paciente de forma integral (BALLESTER *et al.*, 2010). O diálogo é outra capacidade que deve ser desenvolvida para

auxiliar na formação holística e humanizadora dos profissionais de saúde (MORETTI – PIRES e BUENO, 2009).

A atenção centrada no paciente representa uma mudança do foco da atenção que se desloca da doença para o indivíduo. Observa-se que esta mudança possibilita não somente aprimorar a qualidade dos cuidados à saúde como também a melhor relação custo-benefício e custo efetividade da atenção realizada nos diferentes sistemas de saúde. (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Como a atenção centrada na pessoa está na base deste estudo que aborda a ACP na odontologia, a seguir, esta temática será aprofundada a partir da revisão narrativa realizada.

3.1.1 Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

Em uma revisão bibliográfica, Barbosa e Ribeiro (2016) destacaram que depois que o médico e psicanalista húngaro Michael Balint introduziu o termo “medicina centrada na pessoa”, métodos clínicos foram sendo produzidos e três grupos se destacaram nessas pesquisas: Stewart (Ontário), Pendleton (Oxford) e um grupo comum das Universidades de Calgary (Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Segundo Barbosa e Ribeiro (2016) todas essas pesquisas findaram em uma proposta de mudança de abordagem médica do cuidado.

Segundo Ballester *et al.* (2010) essas equipes discutiram formatos de estruturação das informações sobre o modelo centrado no paciente com o objetivo de que ele seja estudado, compreendido e utilizado na prática. A equipe de Ontário lançou um livro que teve sua última atualização, até o presente momento, em 2015. O livro propõe um novo método, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) .

Ferreira *et al.* (2014) afirmaram o MCCP surge como um dos métodos clínicos que se destaca por apresentar conduta integral e mais humana onde as atitudes dos profissionais são respeitadas em conjunto com a autonomia dos indivíduos.

Para Scambler e Asimakopoulou (2014) há dois grupos de pesquisadores que foram fundamentais para apresentar modelos clínicos centrados no paciente, foram eles Mead e Bower e Stewart e colaboradores. Mead e Bower abordaram um método com cinco dimensões nomeados de: perspectiva biopsicológica, enxergar o paciente como pessoa, compartilhar poder e responsabilidade, construir uma aliança terapêutica e observar o médico como pessoa. Stewart

e colaboradores relataram um método com seis dimensões: explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença, entender a pessoa como um todo, elaborar um projeto comum de manejo, incorporar a prevenção e a promoção de saúde, fortalecer a relação médico-pessoa e ser realista.

Ao descrever os seis componentes que compunham o MCCP, Lopes (2007) observou que apesar de serem divididos por tópicos, eram intimamente relacionados, reforçando que um profissional experiente no método apresentaria a capacidade de percorrer os seis itens e perceberia qual seria o momento ideal para aplicar cada componente conforme fluísse o encontro com o paciente.

Como observado por Barbosa e Ribeiro (2016), o MCCP proposto por Stewart, em 2015, passa a ser descrito com apenas quatro componentes pois, entende-se que todos os aspectos já estão incluídos em quatro tópicos. São eles:

- 1) explorando a saúde, doença, e a experiência da doença;
- 2) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto);
- 3) elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;
- 4) fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico.

Segundo Stewart *et al.* (2017), apesar dos componentes serem compartimentados com o intuito de facilitar os estudos, na sua prática os itens se inter-relacionam ao longo dos encontros. O primeiro componente, explorando a saúde, a doença e a sua experiência com a doença, irá englobar além dos aspectos clínicos incluindo a anamnese e avaliação física, a percepção do que é saúde para a pessoa e sua vivência sobre a doença, pois, o adoecer é uma experiência pessoal e subjetiva e difere entre cada indivíduo. Por isso, esses autores também sugeriram quatro aspectos que devem fazer parte da abordagem sobre a experiência com a doença. Esses aspectos são citados como SIFE e são eles: o sentimento da pessoa, principalmente perante a enfermidade, suas ideias frente ao problema, o impacto da doença em relação a suas funções como trabalho, vida diária, entre outros e suas expectativas em relação ao seu médico, ao tratamento, a cura. O segundo componente, entendendo a pessoa como um todo, segundo esses autores, compreende a visão integral do paciente, sua personalidade, história de vida, o contexto próximo dessa pessoa como a família, o trabalho e o apoio social, e também o contexto mais amplo, como, a cultura, a comunidade e o ecossistema.

Para Barbosa e Ribeiro (2016) é diretamente relacionado a esse segundo aspecto do método, um dos atributos derivados da APS, a competência cultural, uma vez que compreender a competência cultural minimiza a discrepância entre a cultura do profissional de saúde e do

indivíduo que está sendo atendido. Cada indivíduo tem suas características, suas influências, suas culturas e esses aspectos influenciam diretamente em sua percepção do que é saúde e doença e na sua adesão ao tratamento. Ser culturalmente competente é uma característica importante para que o cuidado seja desenvolvido de forma ideal e seus objetivos alcançados, sendo o método clínico centrado no paciente o protagonista do desenvolvimento de técnicas para aquisição dessa competência pelo profissional.

O terceiro componente, elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas, é, segundo Stewart *et al.* (2017) o momento em que o médico e a pessoa irão encontrar um projeto comum e serão compreendidos os problemas, estabelecidas as prioridades e as metas e o reconhecimento das funções de cada um.

Para Barbosa e Ribeiro (2016) a preferência de escolha do tratamento deve estar diretamente relacionada com o paciente, pois, ele é quem será capaz de realizá-lo com sucesso. Prestar informações a respeito de tudo que envolve seu problema, suas opções de tratamento com as vantagens e desvantagens e exercer uma escuta atenta das opiniões e manifestações do paciente irão facilitar as decisões compartilhadas.

Para Stewart *et al.* (2017), o quarto componente, intensificando o relacionamento entre a pessoa e o médico, salienta que cada consulta deve ser um momento de aprimoramento e fortalecimento da relação entre o médico e a pessoa. Conceitos como compaixão, empatia, compartilhamento de poder, cura e esperança são fundamentais para a sustentação dessa relação.

Com relação aos benefícios observados quando se estuda o método, Barbosa e Ribeiro (2016) comentaram que há melhor qualidade das informações oferecidas, há o compartilhamento das decisões sobre os tratamentos, a liberdade do paciente em conversar sobre suas condições clínicas e conseqüentemente poder fazer suas escolhas, além da empatia e afeto. Ainda segundo esses autores, estudos mostraram que apenas orientações fisiopatológicas não sustentam o comprometimento das pessoas com as instruções sobre os tratamentos propostos pelo profissional, em contrapartida, há melhor adesão à terapia proposta quando há a participação e decisão compartilhada, melhores informações, escuta atenta sobre as ideias e expectativas da pessoa, entre outros fatores.

Além disso, para Fuzikawa (2013), o interessante desse método é que há algumas vantagens quando comparado aos modelos tradicionais, há maior satisfação dos atores envolvidos, sejam profissionais ou pacientes, diminuição das angústias, sintomas e ansiedade,

menor utilização de serviços de saúde e de reclamações, melhora da saúde mental, física e maior recuperação.

Diversos autores destacaram, contudo, a falta de preparo do profissional em formação durante a graduação em saúde e a necessidade de mudanças na educação profissional. Neste sentido, para Ballester *et al.* (2010) e Lopes e Ribeiro (2015), de uma forma geral, o modelo biomédico centrado na doença e no profissional ainda prevalece na formação sendo o método mais utilizado durante os atendimentos.

Ballester *et al.* (2010) destacaram que, no início do curso, os estudantes conseguem focar na abordagem centrada no paciente, porém, essa conduta é modificada ao longo da graduação e o paradigma biomédico se destaca. Barbosa e Ribeiro (2016) ainda enfatizaram que a realidade das escolas médicas ainda é estruturada no modelo flexneriano.

Por esses motivos, Ballester *et al.* (2010) e Barbosa e Ribeiro (2016) reforçaram a necessidade da inclusão, desde o início da graduação, de programas voltados para os conceitos centrados no paciente, para as habilidades de comunicação, para a compreensão da importância das diferentes visões de crenças e culturas sobre saúde e doença. Ainda destacam que, apesar de haver qualificações pontuais que podem apresentar respostas positivas, os cursos longitudinais durante toda a graduação apresentam ainda melhores resultados.

Para Mills (2017) os conceitos de cuidado integral e atenção centrada na pessoa estão intimamente ligados. E apesar de nem todos quererem receber esse tipo de abordagem, todos deveriam ter a chance de conhecê-la.

Em um estudo realizado por Lopes e Ribeiro (2015) foi observado que os médicos de família e comunidade procuram realizar atendimentos humanizados, de forma bem diferente dos modelos tradicionais, o que é um grande progresso. Porém, quando entrevistados, os médicos demonstram que ainda não têm conhecimento suficiente sobre a ACP e limitam o entendimento desse modelo por “ver a pessoa por inteiro”. Contudo, quando os componentes são analisados, compreende-se que essa síntese é restrita apenas a um dos itens, deixando os outros aspectos em segundo plano. Essas observações reforçam as conclusões de outros autores sobre a necessidade da mudança curricular na educação na saúde e na educação permanente dos profissionais já graduados.

Como descrito por Ballester *et al.* (2010), a realidade da formação em saúde leva a uma transformação curricular lenta e a longo prazo que apesar de não ser o ideal, é a forma mais viável de ser aplicada.

Para Stewart *et al.* (2017):

É importante não subestimar a magnitude das mudanças implicadas na transformação de nosso método clínico. Não é apenas uma questão de aprender algumas técnicas novas, apesar de isso fazer parte. Nem é apenas uma questão de adicionar ao currículo disciplinas das ciências sociais e sobre a forma de fazer entrevistas. A mudança é muito mais profunda. Exige, nada mais, nada menos que uma transformação no que significa ser médico, uma forma diferente de pensar sobre a saúde e a doença e uma redefinição do conhecimento médico. (STEWART *et al.*, 2017, p.29).

3.1.2 Abordagem Centrada na Pessoa na Atenção Primária à Saúde

Para Marcon e Elsen (1999), a lógica da saúde da família busca realizar o atendimento do sujeito em sua integralidade em oposição à atenção centrada na doença e na medicina curativa, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Para Lopes (2015) há variadas razões para um indivíduo ir à procura de um atendimento, desde um problema clínico específico até àqueles de difícil categorização. As queixas podem ser precisas ou abstratas, por isso a consulta na APS deve ser, segundo o autor:

Uma prática social entre o médico e a pessoa, com troca de conhecimentos, com um contato, sendo fundamentada na parceria, na busca de construir o cuidado mediante ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes. Prática esta, onde o médico e a pessoa busquem aprender sobre os problemas de saúde, refletir sobre suas repercussões, suas relações e determinação no processo do cuidado. (LOPES, 2015, p. 113).

O envolvimento das famílias é a solução para alcançar melhores respostas, e com isso, os profissionais de saúde devem também aprender a assistir corretamente toda uma família envolvida no contexto para se conquistar condições saudáveis de vida (MARCON e ELSSEN, 1999).

Por isso, Lopes (2015) considera que o método que abrange as diferentes formas de abordagens em torno das questões de saúde e utiliza a metodologia na qual a consulta corresponda as demandas de todos os atores envolvidos e alcance um atendimento adequado na APS, é o método da abordagem centrada na pessoa.

3.1.3 Odontologia e a Abordagem Centrada na Pessoa

A ACP é amplamente estudada na medicina e na enfermagem. Esses estudos comprovam os benefícios de uma abordagem voltada para o cuidado efetivo, como por exemplo, melhor adesão do paciente no seu plano de tratamento e maior satisfação profissional. (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2019). Porém, na odontologia, o modelo biomédico é o paradigma preconizado desde o século XVIII e há uma carência de estudos sobre a ACP (APELIAN *et al.*, 2017).

Apesar das vantagens da ACP como modelo de cuidado, dentro da odontologia pouco se sabe sobre esse padrão de abordagem, poucas pesquisas são feitas e o interesse sobre esse conceito e sua potencial utilização dentro do ambiente odontológico começaram a ser estudadas recentemente (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2019).

É importante que esta abordagem se torne uma conduta de referência na odontologia. A prevenção é essencial para manutenção da saúde bucal, e várias doenças bucais precisam da mudança de hábitos e da colaboração do indivíduo. Conhecer e praticar o cuidado centrado no paciente facilita o envolvimento e compreensão do sujeito na sua perspectiva de cuidado, e leva à maior chance de seguir as orientações profissionais. Para que os profissionais adotem esse modelo de cuidado é necessário que os currículos incorporem as dimensões sobre o conhecimento da abordagem centrada no paciente, pois, apenas o ensinamento dessa abordagem no início da graduação não é suficiente, com o passar do tempo e com a experiência clínica, o uso do cuidado voltado para a pessoa cai em declínio se não houver educação continuada ao longo de toda a graduação (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2021).

Para Lee *et al.* (2018) o cuidado centrado na pessoa oferece uma oportunidade única para os CD melhorarem a qualidade do cuidado e dos resultados na saúde geral das pessoas, pois os autores demonstraram as profundas relações entre a saúde geral e oral do indivíduo. Para alcançar uma excelência em saúde oral, o modelo de cuidado deve centrar as decisões na pessoa e seu conforto. Esses autores ainda destacaram que cuidados médicos, genética, biologia individual representam menos do que um terço dos determinantes em saúde e que comportamentos individuais e circunstâncias ambientais e sociais são mais relevantes para a saúde integral de uma pessoa, assim, o contexto e o estilo de vida apresentam importância fundamental na melhora e manutenção da saúde oral de um indivíduo.

Para Apelian *et al.* (2017) as atitudes humanas na prática odontológica geram impacto nas condutas, decisões e até mesmo nas palavras que o profissional usa. O diálogo não pode ser mecanizado e direcionado exclusivamente para o dente, e quando muito, para a cavidade oral.

Se há o objetivo de gerar um verdadeiro cuidado em saúde deve-se levar em consideração os aspectos subjetivos das pessoas e todo o seu contexto social e histórico, compreendendo que, muitas vezes, as demandas em saúde observadas pelos indivíduos divergem das percebidas pelo CD. Na perspectiva cultural, o cuidado requer um domínio do indivíduo, sua família e sua inserção no mundo (GRAFF e TOASSI, 2018).

Apelian, Vergnes, Bedos, (2020) acreditam que dentistas talvez não estejam preparados para o cuidado centrado na pessoa. A odontologia tende a enfatizar as intervenções de alta tecnologia e o cuidado vertical, onde apenas o profissional decide o que é melhor para o indivíduo, relutam para compreendê-los e dividir com eles as decisões clínicas por não estarem abertos a compartilhá-las. Portanto, é fundamental que os profissionais reflitam sobre sua ideologia e reconsiderem suas identidades.

Algumas particularidades relacionadas ao cuidado são significantes na percepção do paciente sobre o CD com relação ao respeito, ao profissionalismo, à competência e a confiabilidade e influenciam significativamente na vontade do indivíduo em compartilhar as informações sobre sua história médica, dental e social. O não julgamento é outro comportamento importante que colabora no estabelecimento de relações e quebra de barreiras. A comunicação é uma importante fonte de coleta de informações, de construção de conexões, demonstração de cuidado e um facilitador para tomada de decisões. Sabe-se amplamente que a comunicação não é só verbal, a comunicação não verbal, como já mencionado anteriormente, também é uma relevante fonte da construção de relacionamentos, empatia e compreensão. Além disso, a escuta ativa é um processo onde o profissional escuta atentamente, não só para obter informações precisas, como para criar vínculos (MILLS, 2017).

Scambler, Gupta, Asimakopoulou (2014) descreveram três fatores importantes para que esse modelo de cuidado aconteça verdadeiramente na odontologia. Primeiro, a teoria do cuidado centrado no paciente precisa ser incorporada nos currículos de graduação. Segundo, as habilidades práticas para essa abordagem centrada no paciente precisam ser ensinadas na prática e terceiro, os CD que já atuam devem receber treinamento sobre o assunto.

Revisões sistemáticas sobre o cuidado centrado no paciente dentro da odontologia concluíram que não há informações suficientes relativas ao assunto e que mais estudos seriam fundamentais. Ainda há falta de definição do conceito e de como ele pode ser traduzido para a prática odontológica. (MILLS *et al.*, 2013; MILLS *et al.*, 2014; SCAMBLER; DELGADO; ASIMAKOPOULOU, 2016).

Alrawiai, Asimakopoulou, Scambler (2021), evidenciaram a importância de serem realizados mais estudos com o objetivo de compreender quais os tipos de ações são mais adequados para a área.

De acordo com Apelian, Vergnes, Bedos (2020) alguns poucos modelos de atenção centrada na pessoa em odontologia foram descritos. Apesar das diferenças entre eles, todos estipularam que o CD e o paciente devem se compreender mutuamente, compartilhar poderes e decisões sobre os planos terapêuticos que alcançam dimensões da saúde além das questões que envolvem apenas doenças bucais. Isto é, o CD centrado na pessoa não deve focar somente na doença, mas sim na experiência da pessoa com a doença e nessa perspectiva deve explorar as demandas escondidas e as expectativas do mesmo que, muitas vezes, estão relacionadas com ambientes sociais, culturais e econômicos específicos.

Os modelos já propostos foram idealizados e baseados, na sua maioria, em entrevistas ou revisão de literatura e mostraram a importância de proporcionar o cuidado humanizado e a realização de uma conexão com os pacientes (ALRAWIAI; ASIMAKOPOULOU; SCAMBLER, 2021).

3.2 Formação em odontologia e mudanças curriculares

Segundo Moretti-Pires e Bueno (2009), a integralidade, um dos princípios do SUS, não alcançou completamente sua efetividade na Saúde da Família. Isso acontece, em grande parte, porque os profissionais têm dificuldades em criar vínculos e praticar condutas humanizadas que foquem nas inter-relações humanas, permanecendo assim com uma postura biomédica. Segundo esses autores, essas intercorrências ocorrem porque a formação profissional não acompanhou as mudanças de postura necessárias para atuação nas Unidades de Saúde da Família. A formação universitária não ressalta a visão holística sobre ser humano e se mantém com ensino fragmentado, limitado a saberes específicos, sem, no entanto, estimular o raciocínio crítico reflexivo com um olhar para o paciente, seu contexto biopsicossocial e influenciado pela sociedade em que vive. O desencontro entre a formação universitária e as demandas do SUS apontam a urgência para uma formação integral e holística.

Nessa perspectiva, alguns obstáculos durante a formação do CD precisam ser superados, como, desenvolver a prática interdisciplinar, a formação humanística e ética, afastar

conhecimentos exclusivamente técnicos e voltados somente para consultórios privados, estabelecer uma conexão entre a formação profissional e os serviços de saúde articulados nos princípios do SUS (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009).

Graff e Toassi (2017) observaram que as mudanças relacionadas às DCN para os cursos de odontologia direcionaram para um ensino mais envolvido com a saúde pública do país e com as necessidades do Brasil e conforme o descrito para o Curso de Graduação em Odontologia (2002), os docentes em odontologia e suas entidades devem ter por objetivo, que os profissionais tenham uma...

... formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002, pág. 1)

Reforçando as mudanças previstas nas DNC para o curso de graduação em odontologia de 2002, a Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021 apresenta características as quais o egresso em odontologia deve ter:

I-generalista, dotado de sólida fundamentação técnico-científica e ativo na construção permanente de seu conhecimento; II - humanístico e ético, atento à dignidade da pessoa humana e às necessidades individuais e coletivas, promotor da saúde integral e transformador da realidade em benefício da sociedade; III - apto à atuação em equipe, de forma interprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar; IV - proativo e empreendedor, com atitude de liderança; V - comunicativo, capaz de se expressar com clareza; VI - crítico, reflexivo e atuante na prática odontológica em todos os níveis de atenção à saúde; VII - consciente e participativo frente às políticas sociais, culturais, econômicas e ambientais e às inovações tecnológicas. (BRASIL 2021, pag. 1).

Os marcos legais, segundo Forte *et al.* (2020), focam na formação odontológica voltada para a problematização da saúde bucal da população brasileira, para a organização dos sistemas públicos de saúde bucal e para a formação de profissionais humanistas e com capacidade crítico-reflexiva conforme também relatado nas DCN.

Contudo, mesmo com a transformação dos currículos em odontologia para reorientar a formação profissional na clínica odontológica, ainda não ocorreram as mudanças necessárias e previstas (GRAFF e TOASSI, 2018).

3.3 Contextualizando a odontologia no Brasil

Ao longo da história dos cuidados com a saúde bucal várias abordagens foram utilizadas para amenizar as dores de dente, desde rezas à medicamentos com substâncias diversas, e como última solução, a identificação de uma pessoa na sociedade que pudesse ser o responsável por esse cuidado, que poderia ser o curandeiro, em tempos longínquos e, posteriormente, reconheceu-se a figura do barbeiro. A extração dentária era a técnica predominante da consulta odontológica e a “formação do profissional” era com foco eminentemente prático, pois se desvinculava a ideia de conexão do que acontecia com a cavidade bucal, o corpo e a mente humana. (PEREIRA, 2012).

Hoje em dia sabe-se que há várias condições socioeconômicas anteriores às questões de saúde bucal que interferem no processo saúde-doença. Durante longo período, já com a prática odontológica reconhecida como profissão, houve a exclusão entre este cuidado e a população. Na década de 1960-70 apenas os trabalhadores segurados eram beneficiados pela assistência privada enquanto as classes mais desfavorecidas recebiam assistência de práticos. O processo de cuidado se limitava a procedimentos curativos, geralmente causando mutilações (LIMA, 2017). E, somente os contribuintes do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social) possuíam o direito aos serviços de saúde bucal, e este favorecia os procedimentos curativos, individuais e através da livre demanda (MATTOS *et al.*, 2014).

Durante décadas, houve marginalização da saúde bucal na sociedade brasileira, pois, a prevalência das doenças bucais, apesar de grande, não era objeto da saúde pública e não havia qualquer proposta de ação coletiva, logo, a enorme desassistência levou a um grande déficit no cuidado. (LIMA, 2017).

Porém, com a origem do SUS, a saúde se torna universal para qualquer indivíduo, independente de vínculos trabalhistas. (PINTO e GIOVANELLA, 2018). E, a implantação dos princípios e diretrizes do SUS foi beneficiada quando as políticas direcionadas à atenção primária no Brasil, apresentadas através das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram estabelecidas (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços odontológicos e incentivar a presença da saúde bucal ao nível primário da atenção, o Ministério da Saúde, através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 sugeriu a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no então PSF e através da Portaria 267 de março de 2001 cria o Plano de Reorganização das

Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária onde relata os procedimentos odontológicos que podem ser realizados nesse nível de atenção, bem como os modelos de equipes de saúde bucal que poderiam contemplar a lógica do Programa (MATTOS *et al.*, 2014).

A saúde bucal atingiu o status de política pública após dezesseis anos da conquista do SUS, e vêm se desenvolvendo no processo de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (LIMA, 2017).

Na perspectiva de alcançar a integralidade do cuidado através das ofertas de ações que correspondam, não só as necessidades de saúde de uma população, como também englobem políticas, programas, ações e práticas no cuidado em saúde, é criado em 2004, como marco da saúde bucal brasileira, a PNSB – Brasil Sorridente (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2019).

De acordo com Graff e Toassi (2017) o rearranjo da saúde bucal no SUS se estruturou com a incorporação das equipes de saúde bucal na lógica da Saúde da Família no final do ano 2000 e através das diretrizes da PNSB de 2004.

Com a criação da PNSB - Brasil Sorridente em 2004, a saúde bucal foi caracterizada como uma das quatro áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Essa política transformou a concepção de saúde bucal e reforçou a integralidade da atenção prevista pelo SUS em sua criação (PUCCA Jr *et al.*, 2015).

Conforme relatado por Scherer e Scherer (2015), o Programa Brasil Sorridente é o maior programa público de saúde bucal do mundo. Esse programa é descrito através das Diretrizes da PNSB.

A respeito da introdução das equipes de saúde bucal na ESF, Casotti e Gabriel (2016) descreveram que houve um relevante aumento do número de equipes desde a sua inserção, em todo o território nacional. Segundo esses autores, em 2002 eram 4261 equipes e em fevereiro de 2023, segundo informações no site do DATASUS, 36.828 equipes (DATASUS, 2023).

A Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019, reconhece o quantitativo de 28.980 equipes de Saúde Bucal compostas por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais por município aptas a serem financiadas pelo Governo Federal àquela época.

Bastos *et al.* (2017) também reforçaram que com o aumento de cursos de graduação no Brasil e com a saturação do mercado, o trabalho liberal e autônomo de clínicas privadas ficou abalado e, por outro lado, com a efetivação da PNSB, a contratação de profissionais dentistas para trabalhar no SUS aumentou consideravelmente.

3.4 Odontologia e especialidade em saúde da família

Em um estudo sobre a avaliação da qualidade em saúde na medicina de família e na atenção primária na Ibero – América, Anderson *et al.* (2016) observaram que com exceção de Cuba e México, não é preciso ser especialista em medicina de família para se trabalhar na APS, embora essa especialidade seja importante para o alcance da qualidade na atenção primária.

Como observado por Chueiri *et al.* (2014) há obstáculos que, quando solucionados, irão fortalecer a APS, dentre alguns exemplos citados estão o aumento da formação de profissionais especialistas nesta especialidade e a melhora da efetividade da equipe através de educação permanente.

Em odontologia, não há a especialidade específica em saúde da família e comunidade, apesar das políticas públicas terem inserido a odontologia na ESF e da importância dessa formação para atuação e para melhoria de qualidade na atenção primária. Segundo a resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) – nº 161/2015, os registros e as inscrições somente poderão ser feitas em 22 especialidades, sendo elas: Acupuntura; Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais; Dentística; Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; Endodontia; Estomatologia; Homeopatia; Implantodontia; Odontogeriatrics; Odontologia do Esporte; Odontologia do Trabalho; Odontologia Legal; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Patologia Oral e Maxilo Facial; Periodontia; Prótese Buco-Maxilo-Facial; Prótese Dentária; Radiologia Odontológica e Imaginologia; e, Saúde Coletiva. Em 2019, através da resolução CFO – 198, o CFO reconhece mais uma especialidade odontológica, a harmonização orofacial.

O site do CFO aponta, em 10 de abril de 2023, que a especialização em saúde coletiva na odontologia possuía 2582 profissionais especialistas no Brasil, que representavam 1,95% do total de profissionais com especialização (132.410 especialistas).

A formação profissional nessa área tem por finalidade estudar as situações que envolvem a saúde coletiva e da família. Segundo o site do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), esses objetivos ocorrem através da: “Análise, organização, planejamento, execução e avaliação de sistemas de saúde, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase na promoção de saúde”. (CROSP, 2021, p.1)

Além disso, o CROSP reforça que as áreas de competência de um especialista em Saúde Coletiva e da Família inclui a avaliação dos problemas de saúde bucal de uma comunidade, o

planejamento e realização de projetos, e o trabalho em equipe multiprofissional na organização de serviços, gerenciamento de diversos graus na administração em saúde pública, vigilância sanitária, controle de doenças e educação em saúde pública.

O conceito de Saúde Bucal Coletiva (SBC) descrito por Narvai (2001) defende que a saúde bucal das populações não advém apenas da prática odontológica, mas de um processo social, único e singular. Logo, a SBC corresponde a um marco teórico diferente do marco da Odontologia, não é uma caridade, uma ação filantrópica, não é sinônimo de odontologia sanitária, social ou preventiva.

Em contrapartida à odontologia de mercado, que nunca perdeu a hegemonia no Brasil, é descrita por Narvai (2006) como sendo:

Uma prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente cirúrgico – clínico, e, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual se constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas. No início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privados de prestação de serviços. (NARVAI, 2006, p.143).

Observa-se que a formação profissional também se mantém voltada para especializações e pouco envolvida com a prática social, forma profissionais focados nas tecnologias duras e ignora a subjetividade do profissional na produção do cuidado. A odontologia de mercado é voltada para tecnologias de última geração e para a predileção do consultório particular (BASTOS *et al.*, 2017).

Narvai (2006) afirmou que o conceito de SBC rompe com o conceito de odontologia de mercado, que como a lógica de prática biomédica, baseia sua teoria e prática nas questões biológicas e individuais desconsiderando a relevância dos processos sociais complexos. Essa ruptura pretende interromper a prática odontológica hegemônica, proporcionando um trabalho em saúde bucal a partir das necessidades das pessoas e contra a lógica de mercado e da mercantilização dos serviços, proporcionando o acesso de cuidados odontológicos a todas as pessoas e como um direito humano.

3.5 Dificuldades para reorganização do modelo de atenção em saúde bucal

Leme *et al.* (2019) destacaram que o Brasil é um dos poucos países no qual a Saúde Bucal foi inserida na APS, promovendo uma experiência exclusiva no mundo. Supõe-se que essa equipe de saúde bucal realize uma prática mais voltada para o cuidado do que para a realização de procedimentos mecânicos, característica do modelo hegemônico da odontologia privada. Entretanto, mesmo com tais progressos de políticas públicas, o trabalho das equipes de saúde bucal na ESF são incipientes e persistem as práticas tradicionais com padrões odontológicos restritos ao trabalho manual, técnico e individual. A inserção da equipe de Saúde Bucal na APS não apresentou mudanças significativas na prática dos CD.

Scherer e Scherer (2015) mencionaram que, apesar da importância dos princípios de universalidade e integralidade do SUS e da inserção da ESF no território brasileiro para amplificar a APS no Brasil, o modelo de assistência à saúde que ainda norteia os profissionais, inclusive na odontologia, e que já foi demonstrado anteriormente, é o biomédico. Esses autores também observaram que mesmo com o importante aumento de abrangência da saúde bucal na APS nos últimos anos, ainda há dificuldades para o acesso e o aprimoramento e qualificação da assistência. Além disso, o excesso de demanda da população e a prevalência de procedimentos curativos prejudicam o processo de trabalho.

Em consonância, Casotti e Gabriel (2016) afirmaram que apesar do aumento do número de equipes, a qualidade e organização ainda são insuficientes. Vários fatores colaboram para que a assistência, em vários lugares do Brasil, continue acontecendo através de consultas privadas. A formação dos CD é embasada através do modelo biomédico, com intenso direcionamento para o trabalho em consultórios particulares e a desvalorização do trabalho no serviço público.

Como a formação do CD ainda tem enfoque individualista e tecnicista e a sua inserção na ESF ocorreu tardiamente, esse profissional apresenta dificuldades na realização de uma abordagem integral do indivíduo, além de uma resistência no trabalho em equipe, logo, os profissionais inclinam-se a trabalhar através do modelo biomédico. Para que as práticas tradicionais passem por mudanças e haja uma nova forma de fazer saúde, modificando a percepção do processo de trabalho e o adequando às realidades locais, incentivos na gestão do trabalho, na formação e educação permanente são fundamentais (SCHERER e SCHERER, 2015).

Segundo Mattos *et al.* (2014), apesar de se reconhecer que a saúde bucal influencia diretamente a saúde geral do ser humano, que o seu avançar na saúde pública é fundamental, e, embora a inclusão da odontologia na ESF tenha surgido como uma chance de interromper com modelos de saúde bucal que não são eficientes, são excludentes e baseados na lógica curativa e no modelo biomédico, ainda existem entraves a respeito da contratação dos profissionais, como por exemplo, a capacitação para o desenvolvimento específico de trabalho em ESF e a necessidade de contratação com carga horária integral.

Torna-se evidente que o ensino odontológico ainda forma profissionais com foco em especializações e assuntos complexos, deixando limitada e falha a existência de CD generalistas e com interesse em saúde pública (GRANDE *et al.*, 2016).

Segundo Lima (2017) a formação profissional em odontologia não costuma ressaltar a formação humanística. Sendo assim, os profissionais são despreparados para compreender que o processo saúde-doença é determinado por condições históricas e sociais. Mesmo que a conquista do modelo do cuidado tenha promovido um avanço memorável, ainda há o desafio desse modelo em alcançar a transformação social e modificar o débito histórico, impulsionar o pensamento social para o enfrentamento da realidade cotidiana e compreender o processo saúde-doença na direção do cuidado.

3.6 Tecnologias leve – relacionais e a odontologia

Segundo Merhy e Franco (2003) as tecnologias duras estão relacionadas com instrumentos e produtos de saúde, as tecnologias leve-duras estão ligadas ao conhecimento técnico e a tecnologia leve está vinculada no âmbito das relações entre profissionais e usuários. Esse caráter relacional é relevante para a produção do cuidado tanto individual quanto coletivo. Porém, historicamente, o modelo de saúde esteve vinculado às tecnologias duras e leve-duras.

Conforme descrito por Graff e Toassi (2018) o uso de tecnologias duras e leve-duras foi o que marcou a formação e a rotina clínica na odontologia. A formação do CD se configura em bases técnicas, com isso, a prática clínica foi construída no espaço ambulatorial. Conseqüentemente, houve o distanciamento do CD do uso das tecnologias leves na produção do cuidado.

Porém, o uso de tecnologias leves–relacionais na clínica odontológica se tornou indispensável. Alcançar atitudes que envolvam a compreensão da subjetividade e individualidade para a produção do cuidado em saúde prepara os CD para responder as demandas de saúde da população. Ao incorporar a tecnologia leve–relacional no seu cotidiano, o profissional favorece a autonomia dos indivíduos e compreende uma visão mais holística relacionada, até mesmo, com as diretrizes do SUS (GRAFF e TOASSI, 2017).

Pinheiro e Oliveira (2011) reforçaram que o encontro entre o CD e o indivíduo geralmente é marcado por sentimentos como a dor, a ansiedade e o sofrimento. Por isso, o usuário precisa que, além da resolução de sua demanda, o CD compreenda o domínio das tecnologias leves na prática odontológica. Passa a ser fundamental, portanto, o acolhimento e o vínculo como componentes da tecnologia leve do cuidado e da humanização em saúde.

3.7 Políticas Públicas indutoras da Abordagem Centrada na Pessoa

Para Scherer e Scherer (2015) e Graff e Toassi (2017), uma série de acontecimentos culminaram na reestruturação da saúde bucal no SUS e na mudança do caminho do modelo de atenção à saúde bucal na APS. Nesse trajeto, podem ser citadas a relevância das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, os congressos e encontros de odontologia em saúde coletiva, a introdução destes profissionais no PSF em 2000 e aprovação das normas e diretrizes de inclusão das equipes de saúde bucal em 2001, a concepção das novas DCN dos cursos de graduação na área da saúde, incluído as novas DCN do curso de odontologia em 2002. Além disso, a PNSB - Brasil Sorridente, de 2004 e a PNAB de 2006, 2011 e 2017, que apontam as responsabilidades e atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal.

A PNSB tem por objetivo uma nova forma de produção do cuidado em saúde bucal. Essa política é reorganizada de forma que o cuidado aconteça centrado na qualidade de vida e não somente na doença e, para isso, valoriza a integração de ações mais abrangentes e intersetoriais. As diretrizes da PNSB propõem a humanização do atendimento como foco das ações em saúde, e, busca fortalecer a autonomia e compartilhamento do cuidado além de valorizar a abordagem holística da atenção.

No Brasil, o termo ACP não está presente em documentos e políticas. Na política nacional, as perspectivas mais próximas da compreensão sobre a atenção centrada no paciente e de acordo com a integralidade da atenção, são o MCCP/ Medicina Centrada no Paciente, a Clínica Ampliada, a Política Nacional de Humanização (PNH), o processo de trabalho usuário centrado, o cuidado integral (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Graff e Toassi (2017) destacaram a relevância da PNH nas mudanças de concepção para atenção e gestão. Assim como a PNAB, essa política também foi implementada em 2004 e propõe a valorização dos aspectos subjetivos e sociais em todas as práticas de atenção e gestão.

Segundo a PNH, um dos seus princípios é a transversalidade. Esse princípio torna essa política transversal a todos os outros programas e políticas do SUS (BRASIL, 2013).

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes que norteiam a PNH. Ampliar a clínica significa compreender o sujeito também em suas subjetividades e no seu contexto biopsicossocial (GRAFF e TOASSI, 2017).

Para a PNH, a finalidade da Clínica Ampliada e Compartilhada é: enxergar a pessoa em sua individualidade, de forma integral e dentro da complexidade do processo saúde e doença. Para praticar a clínica ampliada e compartilhada é necessário que o diagnóstico aconteça de variadas formas além da perspectiva orgânica e, também, através de diálogos de qualidade que permitam o compartilhamento de decisões levando à autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2013).

Com isso, segundo Graff e Toassi (2017), a Clínica Ampliada permite a mudança de foco da medicalização e de tecnologias duras para a criação do vínculo, da escuta e do diálogo, além de reconhecer os limites das áreas médicas e suas tecnologias, valoriza o olhar singular para o outro ultrapassando as barreiras do cuidado fracionado. A Clínica Ampliada se torna uma proposta capaz de valorizar e aumentar o cuidado integral na área odontológica favorecendo, inclusive, a utilização de tecnologias leves.

Práticas odontológicas mais humanas têm sido solicitadas, entre elas, compreender a clínica como uma prática humanizada e compromissada, que não se limita ao procedimento clínico e considera aspectos sociais e culturais, usar critérios mais subjetivos e éticos, praticar a escuta e a integração, levar em conta angústias, aflições, medos, preocupações e anseios dos pacientes (WARMLING *et al.*, 2011).

A prática de saúde bucal deveria assegurar novos princípios, indo além da identificação de uma patologia pontual, como a doença cárie. Com isso, os conceitos de clínica ampliada

alinhado aos conceitos de cuidado centrado na pessoa vem sendo discutido em vários lugares do mundo, inclusive no Brasil (FONSECA *et al.*, 2018).

As práticas odontológicas em saúde pública no Brasil, entretanto, ainda são doença “cárie-centradas” e focadas em índices epidemiológicos e nos indicadores operacionais e de gestão como quantidade de atendimentos de primeira vez, escovação supervisionada, atendimentos especializados. A concepção dos atendimentos odontológicos acontece com a pessoa sentada na cadeira odontológica tendo seus dentes avaliados e descritos no odontograma, apresentando seu diagnóstico e terapia de forma bem técnica e centrada nos dentes e consequência de suas doenças. Apesar dos determinantes sociais em saúde serem fundamentais para realização dos cuidados em saúde, sua compreensão não é uma prática comum nos serviços de saúde bucal (FONSECA *et al.*, 2018).

Leme *et al.* (2019) relataram, em seu estudo, que os registros realizados pelos profissionais são efetuados em prontuários separados dos prontuários gerais (médicos), e são compostos por odontogramas, com muitas siglas, códigos e abreviações. Esse padrão de registro valoriza as características físicas dos elementos dentários ao invés de apresentar os aspectos das queixas principais dos indivíduos. Esses detalhes influenciam a comunicação ao longo da consulta clínica além de reforçar uma prática clínica odontológica centrada no dente e focada no atendimento diagnóstico-terapêutico somente.

Fragmentando a pessoa em determinadas características e no diálogo orientado por fichas, a consulta terapêutica se torna fraca e com informações sem qualidades e sem significados, podendo levar ao cumprimento de ações apenas automatizadas. Ressalta-se aqui que, apesar do conhecimento técnico científico ser imprescindível, a pessoa não pode ser tratada apenas através da perspectiva das tecnologias duras. A abordagem ao indivíduo não começa na intervenção clínica, mas sim, no acolhimento, no diálogo, na criação do vínculo e na anamnese e ao longo de todo o cuidado. (BASTOS *et al.*, 2017).

Considerando que cuidar é promover qualidade de vida e assumir responsabilidades com a saúde do outro, o modelo de atenção em saúde bucal embasado pelo cuidado deve, então, proporcionar um descolamento da prática clínica que precisa ser centrado no usuário, suas necessidades e demandas. (BASTOS *et al.*, 2017). Este é, talvez, o maior desafio para os profissionais do século XXI.

4 METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado no município de Petrópolis que está localizado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, e que em 2021, apresentava população estimada de 307.144 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município é territorialmente dividido em 5 distritos: Petrópolis, Cascatinha, Itaipava, Pedro do Rio e Posse. O município trabalha na lógica da ESF, possuindo um total de 36 equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal.

Foram convidados 16 (dezesseis) CD para participarem da pesquisa, entre eles, 12 (doze) foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas no período de 25 de março de 2022 a 4 de maio de 2022. Todos os profissionais participantes são concursados e trabalham pelo regime estatutário.

O critério de inclusão para participação nesta pesquisa foi possuir um mínimo de 5 anos atuando na ESF.

A técnica de pesquisa aplicada foi a de entrevistas individuais, utilizando metodologia qualitativa, com roteiro semiestruturado para nortear a coleta de dados. As entrevistas foram realizadas presencialmente, as conversas foram gravadas e transcritas de forma literal para que os dados fossem mais bem avaliados. A análise qualitativa de dados foi realizada através da Análise Temática.

O roteiro de entrevistas (Apêndice A) que norteou o diálogo começou com questões a respeito do percurso pessoal para a inserção do profissional na odontologia e na ESF. Na sequência, a abordagem de como o trabalho na estratégia afetou a prática profissional de cada entrevistado. A pergunta seguinte discorria sobre o que o profissional identificava ter aprendido na ESF que não havia percebido durante seu processo de formação na faculdade. Em seguida, perguntava-se como o profissional compreendia de que forma as pessoas do território lidavam com a sua própria saúde bucal. Caminhando no sentido de fazer o fechamento da interlocução, a pesquisadora indagou sobre quais características seriam importantes para que um dentista da família tivesse para realizar seu trabalho, além de interpelar sobre como o trabalho na ESF poderia ter afetado sua visão de mundo como pessoa. Por fim, foi pedido para que o profissional contasse sobre atitudes ou histórias que tivessem sido relevantes na sua prática clínica.

O convite para a participação na pesquisa foi feito através de plataforma digital (WhatsApp), a mensagem conteve esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a privacidade dos

participantes. Após aceitação do convite, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi enviado via e-mail para que fosse lido e avaliado, e dúvidas foram sanadas. No dia da entrevista, as duas cópias do termo foram assinadas, ficando uma com o pesquisador e uma com o participante. As entrevistas foram gravadas com a ciência e após aceite de todos os participantes. O sigilo foi mantido, pois, apenas os pesquisadores sabem seus dados e na pesquisa, os entrevistados foram identificados por códigos. As gravações dos áudios serão mantidas em arquivo digital sob responsabilidade do pesquisador responsável por 5 anos conforme orientado pela resolução 466/2012.

Complementando a análise das entrevistas, a pesquisadora utilizou-se da observação direta intensiva durante a execução das entrevistas para analisar o ambiente físico dos consultórios odontológicos de cada unidade.

A discussão e as considerações finais foram observadas após a reflexão do que foi estudado e analisado.

Esta pesquisa respeita todos os princípios da bioética, possui relevância social e está fundamentada em fatos científicos e pressupostos adequados, além de utilizar método adequado para responder às questões estudadas. Os participantes tiveram sua dignidade e autonomia preservadas e foi respeitada a liberdade do entrevistado em desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Todos os riscos e benefícios foram ponderados. Os TCLEs de todos os participantes foram obtidos e a confidencialidade e privacidade dos mesmos estão preservadas.

Os valores culturais, sociais, morais, religiosos e étnicos, seus hábitos e costumes foram respeitados. O certificado de aprovação e apreciação ética é CAAE: 54234921.7.0000.5259

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 16 (dezesesseis) CD convidados, 4 (quatro) não aceitaram participar por questões pessoais, portanto foram realizadas 12 (doze) entrevistas. Entre os entrevistados, 7 (sete) eram mulheres e 5 (cinco) homens. Um dos entrevistados tem menos de dez (10) anos de formado, 1 (um) tem entre 10 (dez) e 15 (quinze) anos de formado, 5 (cinco) têm entre 20 (vinte) e 30 (trinta) anos de formados e 5 (cinco) têm mais de 30 (trinta) anos de formados. Dos entrevistados, 4 (quatro) estão na estratégia há menos de 10 (dez) anos e 8 (oito) há mais de 10 (dez) anos. Todos os participantes dessa entrevista trabalham na prefeitura pelo regime estatutário.

Esse estudo foi realizado através da metodologia qualitativa, pois, conforme descrito por Turato (2005), essa metodologia permite que se conheçam as significações dos fenômenos do processo saúde–doença, que são essenciais para realizar a melhoria da qualidade da relação profissional-paciente-família, promover maior adesão de pacientes e população frente a tratamentos individuais e medidas implementadas coletivamente e entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos atores envolvidos.

Stewart *et al.* (2017) relataram que pesquisas usam a metodologia qualitativa para uma maior percepção das demandas e expectativas das pessoas pois entendem que a experiência humana não é objetiva e está relacionada também com o contexto e por isso é necessário captar as percepções dos que fornecem as informações.

A análise qualitativa de dados foi realizada através da Análise Temática em que Souza (2019) e Silva, Barbosa, Lima (2020) descrevem-na como sendo flexível e permitindo contínuo caminhar entre as etapas que servem para guiá-la. Além disso, este tipo de análise permite uma avaliação dos dados detalhada, produtiva e útil.

É relevante destacar que uma limitação que é observada com relação aos estudos do modelo da ACP diz respeito à divergência de nomenclatura encontrada não só em português, como também em inglês. São identificados os termos: abordagem, atenção e cuidado, paciente e pessoa, *person* e *patient* para definirem os assuntos que envolvem esse tipo de cuidado centrado no indivíduo. Dessa forma, conforme já mencionado anteriormente, optamos por respeitar ao longo do referencial teórico, o termo referente a ACP que foi escolhido por cada autor citado. Entretanto, a autora deste trabalho optou por utilizar o termo “Abordagem Centrada na Pessoa” como padrão ao longo do texto.

A partir da análise temática das entrevistas emergiram várias questões como as relacionadas ao mercado, a inserção no SUS e na APS, com isso foram identificadas a predominância de quatro categorias relevantes: (1) Identidade do CD no contexto da prática em saúde da família (2) tratar a boca ou a pessoa: o cuidado centrado na pessoa na prática odontológica (3) o impacto das condições de trabalho na APS e (4) Aprendizados adquiridos a partir das práxis em saúde da família.

As falas estão transcritas entre aspas nessa discussão com a sigla CD, seguida por um número, relativo à ordem em que aquele profissional foi entrevistado, com intuito de se manter o sigilo do profissional.

5.1 Identidade do cirurgião-dentista no contexto da prática em saúde da família

Dentro desta categoria foi possível identificar 3 (três) subcategorias que se destacaram como componentes importantes na formação da identidade do profissional CD que atua no contexto da saúde da família. As subcategorias identificadas foram: (1) O desenrolar da trajetória profissional, que relata como o profissional ingressou na ESF e como desenvolveu as habilidades e atitudes que considera necessárias para trabalhar na estratégia, (2) Indo para além da formação profissional, momento no qual os profissionais comparam o que foi apreendido ao longo da sua formação e o que foi necessário desenvolver para se adequarem ao trabalho na estratégia e (3) Desafios do processo de trabalho que descrevem as competências essenciais para promover o cuidado. As subcategorias serão abaixo apresentadas.

5.1.1 O desenrolar da trajetória profissional

Bastos *et al.* (2017) descreveram sobre a saturação do mercado de trabalho em clínicas privadas, o grande aumento do número de cursos de graduação e a contratação de profissionais CD para o SUS, principalmente após a PNSB, levando à maior inserção destes no campo da saúde pública. Corroborando com esses dados, foi apontado pelos entrevistados que os fatores iniciais que os motivaram a entrar neste campo foram a estabilidade, a segurança, os incentivos

financeiros, que o profissional da atenção básica recebe, e o fato do SUS ter passado a ser um grande empregador. Muitos desses profissionais entrevistados, começaram a trabalhar na lógica da ESF enquanto este ainda se constituía em um “programa” de governo, e relatam que foram convidados a trabalhar nesta lógica, não tendo prestado concurso específico para este tipo de atuação e muito menos terem recebido orientações sobre como seria esta nova abordagem de trabalho em saúde. Por outro lado, aqueles profissionais formados mais recentemente, puderam prestar concurso especificamente para o trabalho na lógica da estratégia.

“O salário era muito melhor (quando comparado ao trabalho fora da ESF), tinha um incentivo, aquelas coisas todas”. (CD04)

“Foi uma escolha pra ter um incentivo financeiro maior”. (CD06)

“Eu queria um (salário) fixo”. (CD 08)

“O SUS passou a ser um grande empregador na odontologia”. (CD11)

“Por ser concursado, era uma coisa que eu queria muito (estabilidade)” (CD09).

Independente da forma de entrada, os entrevistados ressaltavam a importância e especificidade do trabalho no SUS e, em particular, na ESF.

“Eu tenho esse perfil de ESF, do acolhimento, de querer conhecer um pouco mais (a pessoa e a família), e na especialidade (atenção secundária) não tem isso”. (CD11)

“Eu tenho esse perfil de agregar, inclusive com a equipe. Eu faço palestras para os agentes.... Quando começou a escola, a gente visitava a escola, eu falava muito sobre os primeiros cuidados, os primeiros socorros quando a criança cai na escola”. (CD02)

“Não acho que o SUS seja perfeito.... Mas acho que tem um potencial danado, acho que a gente pode fazer muita coisa... acho que é legal que os alunos (da preceptoria) se formem percebendo que eles também são parte ou podem ser parte de um SUS que funcione”. (CD11)

“Quando eu passei no meu primeiro concurso aí eu comecei a ver como funcionava o SUS e naquele momento eu entrei para ter estabilidade, mas aí você começa a entender que a odontologia faz uma diferença enorme na vida das pessoas, principalmente na vida das pessoas que não tem condições de pagar um tratamento num consultório particular e aquilo ali foi abrindo os meus olhos para uma direção que eu não enxergava e de certa forma me motivou a continuar buscando atuar ainda mais no SUS”. (CD12)

E, destacaram a capacidade para cuidar de pessoas em diferentes faixas etárias, com grande diversidade de problemas de saúde bucal, e estar integrado ao contexto de vida dos usuários, seja ele familiar e/ou comunitário. Para alguns entrevistados, ser generalista e resolutivo são características importantes para trabalhar como CD que atua na estratégia. É de fundamental importância que o profissional não só compreenda a demanda como conheça a comunidade e suas particularidades e faça parte de uma equipe multiprofissional.

“Ser generalista... habilidade de fazer a maioria dos procedimentos... saber atender criança, fazer cirurgia... e saber lidar com pessoas porque tem a questão do acolhimento, saber lidar com a população”. (CD08)

“Se adequar à situação... ao cenário que você está”. (CD08)

“ser dentista da estratégia é trabalhar com uma população de 0 a 100 anos, com uma população com perfil mais carente...e você atua junto a linhas de cuidado aqui na área da saúde, junto com algumas outras áreas, você faz um trabalho multidisciplinar, atua com a enfermagem fazendo alguns grupos, trabalhando com adolescentes... acho que a

odontologia lida com um perfil mais diferenciado dentro da unidade (atende mais os adolescentes do que as outras áreas atendem), então sempre faço alguma coisa na primeira consulta, começo pela demanda principal do paciente”. (CD09)

“Eu acho que o grande diferencial de um dentista da família tem que ser saber lidar com as diferentes realidades das pessoas... é ter essa visão humanizada... você tem que entender que seu papel é fundamental para a melhoria da qualidade de vida das pessoas... você tem que ir lá, você tem que ver.... Aquilo que você está vendo de errado você tem que tentar interferir de uma forma positiva através de orientação...enfim... tentar contribuir de alguma forma, trazer o paciente pra cá...”. (CD12)

Também foi identificada a necessidade dos CD que se inserem na ESF desenvolverem habilidades e atitudes como a comunicação e a visão ampliada e integral da prática clínica:

“Ser comunicativo e ser compreensivo com a realidade social... ser multidisciplinar, fazer um trabalho integrativo, ter esse olhar de integralidade do paciente”. (CD09)

“A gente tem que ser uma pessoa muito aberta. A gente tem que conversar com as pessoas, a gente tem que saber recebê-las. Ter empatia pelas situações... a equipe também precisa estar aberta”. (CD01)

A imersão nesta experiência vai além de habilidades profissionais, abrange sentimentos e atitudes.

“O dentista tem que ter amor. Porque, só por amor! Ter esse olhar de saúde pública, de você olhar o paciente como um todo, que você está atrelado à sua equipe, se ele não trabalhar em equipe ele não vai conseguir grandes coisas.... Então, muito amor... acho que onde tem amor, tudo funciona. Tem que ter dedicação e comprometimento. ” (CD02)

“Um dentista de família tem que abraçar a ideia”. (CD03)

“Eu procuro fazer de uma forma em que a pessoa vá aos poucos entendendo qual é o meu papel pra ela... isso (a forma com que eu falo) faz diferença...se ela for embora sem a informação, sem nenhum carinho, sem nenhuma orientação ali que faça ela mudar o comportamento diário, eu não ajudei essa pessoa em nada, se eu não for lá na casa dela para saber exatamente quais são as possibilidades que ele tem, o que que dá pra fazer para melhorar a vida dela eu não vou conseguir ajudar essa pessoa... às vezes ter que lidar com pessoas com histórias de agressividade, paciente psiquiátrico, problemas com drogas, problemas com doenças sexualmente transmissíveis e são coisas que afetam muito o bem estar social da pessoa... então são pessoas que vem muito feridas, é difícil você lidar com esse tipo de situação... você tem que ter uma pró atividade”. (CD12)

5.1.2 Indo para além da formação profissional

Os profissionais destacaram que sua formação foi essencialmente biomédica, curativista, tecnicista, voltada para o ganho exclusivamente financeiro conforme já fora destacado ao longo da revisão de literatura por Moretti-Pires e Bueno (2009), Scherer e Scherer (2015), Casotti e Gabriel (2016), entre outros. A ideia de ser detentor do saber que é construída na formação também é notada como um fato que precisa ser desconstruído durante a atuação na estratégia.

“Você consegue ver o paciente como um todo... esquecer aquela odontologia que eu aprendi na faculdade que é a boca. Mas, hoje em dia estamos vendo que tem que ser uma coisa global”. (CD10)

Além disso, o trabalho individualista que se aprende durante a formação também precisa ser desestruturado ao longo da prática clínica porque os profissionais têm consciência da necessidade e relevância do trabalho com equipe multidisciplinar, da necessidade de trabalhar com a população de um território, da comunidade que ele compreende, da realidade do outro, suas vulnerabilidades e suas demandas, ou seja, ele consegue compreender, “realizar”, a importância do papel dos determinantes sociais durante o processo de adoecimento das pessoas, além de incorporar a dimensão da integralidade no fazer odontologia.

“Talvez a coisa da odontologia ter sido inserida depois. Essa própria coisa da equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal já coloca a gente como se não fosse tudo a mesma coisa. Então, eu acho que aí entra também essas características da nossa formação, quanto tempo a gente foi formado para trabalhar dentro de um consultório. A nossa equipe era a ASB. Então, você se abrir pros desafios do trabalho multiprofissional, do trabalho com os outros, com outras categorias é importante para o trabalho em equipe...”. (CD11)

“Na saúde da família a gente tem que ter esse cuidado compartilhado, esse olhar mais abrangente, o paciente não é só aquilo, tem muita coisa, é um “combinho” completo. E ele precisa ser discutido, precisa que haja interação de várias áreas...esse olhar de promoção e de prevenção é muito mais forte na saúde da família, o dentista em consultório particular ele é curativo. O papel curativista que a gente não quer mais na saúde da família”. (CD09)

“Quem está apenas na realidade do serviço privado às vezes olha com uma certa estranheza porque eu atuo com um pé na atividade privada e um pé no público, mas na verdade eu acho que uma coisa acaba ajudando a outra no sentido de enriquecer com atuação, aqui eu aprendo a lidar com situações onde a realidade social da pessoa, na maioria das vezes, é mais complicada... acaba que a minha vivência aqui com as pessoas mais vulneráveis faz com que eu seja um profissional com uma visão mais humanizada...”. (CD12)

Por causa dessas discrepâncias entre a formação e a prática profissional, muitos apontam para a deficiência da educação permanente tanto com relação à pouca frequência com que ocorrem, quanto aos assuntos que são abordados, onde muitas vezes são superficiais ou mais voltados para outras áreas da saúde, reforçando a segmentação da odontologia das outras profissões. O fato da odontologia ter sido a última a ser inserida na estratégia e até mesmo o sistema do prontuário eletrônico dividir em Equipe da Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, dificulta o trabalho multidisciplinar e corrobora com Scherer e Scherer (2015) que afirmaram que como a formação do CD é individualista e tecnicista e sua inserção na ESF ocorreu tardiamente, esse profissional apresenta dificuldades na realização de uma abordagem integral do indivíduo, por isso, incentivos na gestão do trabalho, na formação e educação permanente são fundamentais.

“Inclusive eu pedi isso... ‘a gente precisa trabalhar a mente das pessoas que vão trabalhar no PSF’... não tem mais aqueles treinamentos que tinham antigamente...então até em reunião de equipe, a gente tem muita dificuldade em montar estratégias, de montar projetos, porque as pessoas não têm essa mentalidade... a mentalidade é ‘eu tenho que fazer isso, vou lá e faço’... é tudo pontual”. (CD04)

Ao mesmo tempo que identificam a necessidade de formação permanente, destaca-se aqui, não se reconhecem como protagonistas do processo de aprendizagem constante.

5.1.3 Desafios do processo de trabalho

Há competências fundamentais para o processo de trabalho, como por exemplo, a participação no acolhimento, no trabalho em equipe, assim como integrar a prevenção à atenção e reabilitação.

“Você tem que saber compartilhar... ter a humildade de pedir ajuda... de falar que não sabe...se dispor de todas as vaidades e saber que só o

trabalho em equipe vai resolver o problema do paciente... saber compartilhar, saber dividir, saber pedir ajuda, saber que um trabalho depende do outro. Que é uma engrenagem e que se não fizer direito vai atrapalhar todo mundo... E que se dane a produção (para cumprir metas) o importante é você, no final do dia, saber que fez alguma coisa útil e que fez o melhor para aquele momento”. (CD04)

“Saber acolher...tem que ter um carinho muito especial e uma paciência muito grande”. (CD05)

As observações sobre trabalho em equipe que foram feitas ao longo das entrevistas não condizem com o que foi descrito por Scherer e Scherer (2015) sobre existir uma resistência ao trabalho em equipe por parte do CD. Os participantes dessa pesquisa apresentaram, em diferentes momentos, percepções sobre as vantagens de se trabalhar em equipe, avaliando assim sua importância para o desenvolvimento pessoal e profissional.

“Foi aqui (na ESF) que eu tive a visão de equipe de saúde”. (CD12)

“Eu sou parte de uma equipe, eu participo, eu ajudo, eu trabalho, mas eles também me ajudam, também participam...a gente troca o tempo todo”. (CD01)

“O dentista da família tem que desenvolver inteligência interpessoal...ela está relacionada a você lidar com as pessoas da sua equipe...com outros profissionais...se comunicar com todas essas camadas (de profissionais)”. (CD03)

Os entrevistados também observam a necessidade e a importância do trabalho em equipe para promover o cuidado compartilhado. Percebem que o funcionamento da ESF é uma engrenagem onde tudo está interligado para funcionar em prol daquela pessoa e daquela família.

“Outra coisa legal da estratégia é o contato multiprofissional... eu passei a entender melhor o trabalho do enfermeiro e admirar o

trabalho deles, que é muito bacana. O trabalho com o médico também é muito bacana porque você aprende. Quando você tem um médico que se torna seu parceiro, você aprende muito”. (CD01)

“A troca enriquece muito o nosso trabalho, mas sobretudo integraliza o cuidado do paciente”. (CD11)

“Para nós, dentistas, muitas vezes a gente tem uma visão restrita das coisas, por conta da nossa própria formação...uma coisa legal (de trabalhar na estratégia) é que você passa a ter o contato multiprofissional”. (CD01)

As especificidades das trajetórias, do desenvolvimento de competências mais específicas para o trabalho do CD na ESF, e as exigências deste novo campo de saberes e práticas são sintetizados como um perfil profissional.

Foram identificadas que as demandas e necessidades para o trabalho na ESF são tamanhas e tão específicas que se conformariam como um “perfil profissional”. Por isso alguns dos entrevistados estranham falta de exigência dos gestores de que os CD tenham um currículo com formação / experiência específica em saúde da família para a contratação de profissionais para atuarem nas equipes de saúde da família. Esta observação foi realizada por Anderson *et al.* (2016) que embora a especialidade seja importante para o alcance da qualidade na atenção primária, somente em dois países é preciso ser especialista para trabalhar com saúde da família.

“É uma realidade da saúde da família, quando a pessoa não tem perfil, ela entra (mas não se mantém) Se você não tem perfil para trabalhar aqui (é difícil permanecer) Você não precisa ser especialista em saúde da família pra entrar... esse ponto é real... você faz concurso hoje você pode ter uma especialidade em saúde da família, mas não é um critério para entrar aqui...”. (CD09)

Questões específicas do trabalho na ESF como a dedicação de 40 horas semanais, o trabalho na comunidade, as ações de promoção e prevenção e a inclusão em equipe

multiprofissional são tão diferenciadas que a inexistência de um perfil profissional pode tornar incompreensível estas exigências como foi apontado por alguns entrevistados.

“A estratégia afetou a minha vida pessoal porque são 40 horas, né... não consigo me dedicar a minha família”. (CD05)

“A carga horária é puxada, quarenta horas...”. (CD06)

Além do discurso a respeito da carga horária, outras falas são destacadas sobre esse aspecto, como por exemplo, aproveitar que o usuário já está na unidade para tratamento com outros profissionais para captá-los, sem precisar se dedicar no acolhimento e vínculo:

“Você já tem a presença do paciente aqui, não precisar sair catando paciente na comunidade”. (CD03)

Outra questão referente a esta postura apareceu na fala a respeito da busca ativa e demanda espontânea:

“...eu gosto bem mais de atender crianças do que adultos... Adoro atender crianças, crianças eu mando todo mundo fazer busca ativa... adulto eu deixo demanda espontânea...”. (CD05)

5.2 Tratar a boca ou a pessoa: a Abordagem Centrada na Pessoa na prática odontológica

Nesta categoria foram descritos 4 (quatro) temas que reforçam como é a visão do CD atuante na ESF sobre o cuidado centrado na pessoa durante a prática odontológica. Esses subtemas foram escritos baseados nos 4 (quatro) componentes do MCCP e são eles: Explorando a saúde, a doença, a experiência com a doença; Entendendo a pessoa como um todo; Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas (esse subtema apresenta um tópico sobre habilidade de comunicação) e; Fortalecendo a relação entre o profissional e o usuário.

Em diversos momentos durante as entrevistas, foi reconhecido que o trabalho do CD da ESF deveria ser mais integral. Uma atenção que envolve a pessoa em suas experiências de vida e adoecimento, em suas relações familiares e comunitárias.

“A graduação te ensina que você tem uma boca para tratar. A estratégia faz você entender o ser humano por trás, que traz aquela boca para você... A graduação te prepara para ser técnico, na estratégia são pessoas, a gente tem que aprender a lidar com pessoas”. (CD01)

“Eu nunca fiz uma agenda aqui de atender só na cadeira... a gente faz muito trabalho no território... a gente já fez TRA, faz PSE... já fizemos sessão de cineminha (para as crianças), já fizemos teatro”. (CD07)

“Eu quero trabalhar na estratégia de saúde da família. Por conta de não vivenciar e não trabalhar só dentro da boca da pessoa... saber que aquela pessoa está aqui, mas como é que está a família dela? Eu conheço a mãe, conheço como é a relação que ela tem com a família... Então, acho que assim, um olhar bem mais ampliado que começa aí na boca e termina no coletivo da sociedade”. (CD07)

“A gente tem que entender que as pessoas não têm a mesma história de vida que a gente, as pessoas às vezes não tiveram as mínimas condições nem pra comer, que dirá pra escovar os dentes”. (CD12)

Estas observações reforçam Moretti-Pires e Bueno (2009) que salientaram que a abordagem da atenção primária valoriza o paciente em sua integralidade, dando um novo significado para a relevância do indivíduo. Neste sentido, Ferreira *et al.* (2014) apontam que o MCCP surge como um dos métodos que apresenta uma postura integral e mais humana.

Observaram-se falas que remeteram aos componentes que constituem o MCCP como será desenvolvido a seguir.

5.2.1 Explorando a saúde, a doença, a experiência com a doença

Segundo Stewart *et al.* (2017), o primeiro componente do MCCP, explorando a saúde, a doença e a sua experiência com a doença, irá englobar aspectos clínicos incluindo a anamnese e avaliação física, a percepção do que é saúde para a pessoa e sua vivência sobre a doença, pois, o adoecer é uma experiência pessoal e subjetiva e difere entre cada indivíduo.

Para Apelian, Vergnes e Bedos (2020) o CD que realiza atendimento clínico centrado na pessoa não deve focar somente na doença, mas sim na experiência da pessoa com a doença e assim, explorar as demandas escondidas e as expectativas do paciente, que muitas vezes estão relacionadas com os ambientes sociais, culturais e econômicos específicos.

“A gente percebe que a cárie é a biologia da desigualdade... é uma doença que afeta muito mais o pobre. Então, olhar para o paciente que precisa muito e que tem poucos recursos é uma característica da saúde da família. A gente tem que cuidar dele porque a gente sabe que (a gente, profissional) está numa posição mais favorável. Aquele paciente não tem essa consciência, não tem essa capacidade intelectual e não tem quem cuide, então a saúde da família tem esse olhar mais abrangente do cuidado como um todo”. (CD09)

“O paciente chora na hora que vê (a prótese), fica emocionado. Você ver o paciente chegar aqui com dor, com uma urgência, com um sofrimento qualquer porque perdeu um dente ou porque está com dor e você consegue tratar o paciente...”. (CD03)

Ainda sobre o primeiro componente do MCCP, há a compreensão de que adoecer é uma experiência pessoal e subjetiva e a percepção sobre a saúde ser específica para cada pessoa. Porém, não ficou claro, ao longo das entrevistas, como, e se o profissional explora a compreensão do indivíduo sobre sua experiência com a doença.

Há o entendimento sobre suas demandas e queixas, a consciência sobre a realidade social do sujeito e a necessidade de se comunicar e ser compreendido ao longo das explicações e conversas, mas não foram observados discursos sobre como aquela pessoa se percebe frente

a sua doença, a sua dor, ou os enlaces entre sua saúde geral ou falta de saúde e sua relação pessoal com essas questões. Para Stewart e colaboradores (2017) é importante não só saber qual é a percepção da pessoa quanto à experiência de saúde e doença, como também qual é o significado da saúde na sua vida cotidiana. Bastos *et al.* (2017) reforçaram que a abordagem do indivíduo não começa na intervenção clínica, mas sim, no acolhimento, no diálogo, na criação de vínculo e na anamnese. Dessa forma, vale pensar se uma anamnese que explore não só os aspectos clínicos objetivos, mas também as queixas dos indivíduos de forma mais abrangente e subjetiva, não favoreceria positivamente a busca pela compreensão da experiência do indivíduo.

5.2.2 Entendendo a pessoa como um todo

O segundo componente, segundo Stewart *et al.* (2017), compreende a visão integral do paciente, sua personalidade, história de vida, o contexto próximo dessa pessoa como a família, o trabalho e o apoio social, e também o contexto mais amplo, como a cultura, a comunidade e o ecossistema.

“Aprendi na estratégia que eu não aprendi na faculdade é sobre esse olhar além da boca. Olhar o paciente de forma integral...”. (CD11)

“A estratégia te dá uma visão geral da saúde”. (CD03)

“A estratégia me ensinou essa visão global... vamos dividir o paciente, todo mundo vai acompanhar. Então, foi um aprendizado”. (CD10)

Os profissionais participantes descreveram como é trabalhar estando inserido no contexto do seu território, mostrando que compreendem a realidade da população adscrita e que procuram adequar o seu trabalho àquela realidade. Conhecer a família, a casa e a cultura facilitam o acolhimento e a criação de vínculos além de melhorar a qualidade de saúde e de vida daquela pessoa. Ter conhecimento sobre como é a casa da pessoa, seus hábitos e sua realidade favorecem a idealização de um plano terapêutico mais efetivo.

“Saúde da família é muito mais... é você conhecer a casa da pessoa, por exemplo, você saber, ter noção da família da pessoa.... A gente sabe as dificuldades não só pela boca, na verdade a gente sabe as dificuldades do paciente como um todo”. (CD09)

“O envolvimento com a comunidade”. (CD04)

“Trabalhar com saúde da família é entender localidades diferentes, entender contextos diferentes... ter compreensão do mundo”. (CD09)

“Mas você tem que conhecer o perfil do seu território, senão você vai trabalhar numa UBS porque aí você não precisa do vínculo. Você vai, atende, faz “x” restaurações, “x” extrações e tchau. Então assim (na saúde da família) você tem que ter essa integração... Esse pensamento de que você vai melhorar a qualidade de vida daquela família, senão não faz sentido você trabalhar na Saúde da família”. (CD02)

“As pessoas têm um entendimento (sobre saúde bucal) bem raso. As informações que eu mais presto para o paciente aqui são as informações mais básicas que você pode imaginar, é instrução de higiene oral... às vezes eu mostro o fio dental para o paciente e ele não sabe nem segurar direito, é uma coisa que ele nunca teve acesso, pasta de dente é item de luxo em alguns lugares que a gente visita”. (CD12)

Lopes e Ribeiro (2015) descreveram em sua pesquisa que os médicos compreenderam que a ACP se limita a “ver a pessoa por inteiro”. Neste trabalho, apesar de não ter sido perguntado diretamente sobre sua compreensão a respeito da ACP, os profissionais também usaram diversas vezes o termo “ver a pessoa como um todo” para resumir o entendimento sobre a integralidade do cuidado na estratégia.

As falas foram também genéricas em relação ao sentido da integralidade no cuidado prestado:

“... porque o paciente tem que ser visto como um todo...não é olhar só a boca, a gente capta aqui problemas do paciente”. (CD04)

“... você conseguir ver o paciente como um todo, esquecer aquela ideia de odontologia que a gente aprende na faculdade que é boca...tem que ser uma coisa mais global”. (CD10)

“... Se você olhar o paciente como um todo, que você está atrelado à sua equipe, porque um dentista da família, ele pode até ser um cara super entendido de saúde pública e que tenha boa vontade, só que se ele não trabalhar em equipe, ele não tiver essa característica, essa cabeça do trabalho em equipe ele não vai conseguir grande coisa”. (CD02)

Muitas vezes, contudo, os entrevistados apontam percepções sobre como os aspectos sociais e culturais interferem diretamente na avaliação, no processo de trabalho e nas ações realizadas.

“Se você marcar a gestante só para o dentista, ela não vem, você tem que catar ela na consulta de pré-natal... então ela foi na consulta, você tem que pegar e trazer pra cá”. (CD04)

“O que eles veem aqui é uma solução rápida e simples pros problemas... (querem uma solução) imediata. E se aquilo for postergar muito, ‘eu quero extração’. (CD09)

“Algumas pessoas conseguem levar o tratamento até o final, mas muitas pessoas têm medo ainda de dentista e não dão a devida importância”. (CD10)

Para Barbosa e Ribeiro (2016) ser culturalmente competente é uma característica importante para que o cuidado seja desenvolvido de forma ideal, uma vez que compreender a cultura minimiza a discrepância entre a cultura do profissional de saúde e a do indivíduo que está sendo atendido. Os aspectos culturais influenciam diretamente na percepção do usuário a respeito do que é saúde e doença e na sua adesão ao tratamento.

Duas falas merecem destaque demonstrando a importância sobre ampliar o diálogo para se inserir melhor no mundo do outro. A primeira diz respeito ao trabalho de um profissional que trabalha com plantas medicinais na zona rural do seu território, o outro citou seus trabalhos em um quilombo que existe no município de Petrópolis.

“A estratégia de saúde da família é um celeiro de possibilidades para quem gosta de atuar... eu trabalho com plantas medicinais e a comunidade aqui é rural, então tem muita gente que tem muito conhecimento (sobre plantas). A gente também já fez até trabalho aqui em relação a isso.... Então quando eu falo para fazer um bochecho com tanchagem, (eles respondem) ‘ah eu conheço tanchagem, pode fazer, doutor?’.... Assim amplia, abre mais o diálogo...tem muita gente que tem conhecimento de planta, então a gente sempre troca figurinha”.
(CD07)

“O que eu gostava de fazer era trabalhar no quilombo...era uma aventura ir lá (difícil de chegar), e a gente atuava lá, era muito legal. Ficava o dia inteiro, levava o equipo móvel... era uma comunidade muito fechada, então quando a gente, a gente sentia que eles gostavam que a gente estava indo lá... é o único quilombo da região, tinha uma população que o médico controlava com traço falciforme...”. (CD08)

Essas falas representam possibilidades que podem emergir de uma prática que compreenda o indivíduo em seu contexto próximo e distante.

5.2.3 Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

O terceiro componente, segundo Stewart *et al.* (2017), é o momento em que o médico e a pessoa irão encontrar um projeto comum e serão compreendidos os problemas, estabelecidas as prioridades e as metas e o reconhecimento das funções de cada um.

Para Barbosa e Ribeiro (2016) prestar informações a respeito de tudo que envolve seu problema, suas opções de tratamento com as vantagens e desvantagens, e exercer uma escuta atenta das opiniões e manifestações do paciente irão facilitar as decisões compartilhadas.

Ao serem abordados sobre o plano de tratamento e conduta clínica no seu processo de trabalho, muitos entrevistados explicaram que buscam conversar com a pessoa sobre o plano de tratamento, como será sua execução até a alta e que geralmente procuram saber qual a necessidade naquele dia, para que haja também satisfação perante a sua demanda. Com relação a isso, aparecem algumas queixas por parte do profissional que destacaram várias situações em que o usuário é imediatista, resolvendo somente a sua queixa e abandonando o tratamento antes da hora.

“Trabalhar na estratégia é um desafio... porque a mentalidade das pessoas é aquela imediatista... eles não querem um começo e um fim, eles querem solucionar aquele problema do momento... então você convencer o paciente a começar e terminar um tratamento é muito difícil...eles vão se perdendo no caminho... eu procuro fazer várias coisas para poder aproveitar aquela vinda”. (CD04)

“Eles percebem quando precisam, só quando precisam. Eles não têm ideia de quanto aquele dentinho vai fazer falta na vida, então é uma necessidade apenas curativista... eles vêm aqui em busca de uma restauração, de uma massinha, de uma obturação. Eles não vêm aqui em busca necessariamente daquele conceito que você tem de saúde que é um conceito ampliado de saúde”. (CD09)

“Você fazer aquela remoção de dentina cariada cuidadosa para não expor a polpa, você tentar reverter aquela situação para não dar uma endo, e aí quando dá uma endo, você convencer o paciente a ir lá no CEO, fazer a radiografia... “por favor, não deixa de ir não” (e o paciente responde): “poxa doutor, mas eu não tenho dinheiro pra ir lá...” e aí o paciente vai, faz a radiografia, a gente procura encaminhar rápido, e tenta sempre dar a conclusão do tratamento todo aqui... às vezes você olha para o dente e pensa “esse dente merecia um bloco”,

mas não dá para o cara fazer o bloco, mas a gente dá um jeitinho, faz uma resina um pouquinho maior, enfim, a gente tenta fazer de todas as formas para o paciente entender a importância de não perder aquele dente, pelo menos não naquele momento, a gente tenta dar uma sobrevida para aquele elemento dentário porque as pessoas tem um conhecimento muito raso. Tem muita gente que chega aqui e você vê que não faz o básico da saúde bucal, que é escovar os dentes”. (CD12)

Essas percepções sobre ruídos e desencontros no cotidiano das relações terapêuticas dialoga por um lado com a competência cultural para compreender o contexto e os valores dos indivíduos. Por outro, abrange a habilidade de comunicação, a realização de uma escuta ativa e compassiva do paciente.

“Ser comunicativo e ser compreensivo com a realidade social são características importantes que um dentista da família tem que ter... eu acho isso importantíssimo, é exatamente você perceber que aquela pessoa não te entende porque ela não tem educação no sentido de educação mesmo, de formação... ela não vai entender uma palavra diferenciada que você usar, então você tem que traduzir pra ela e está tudo bem. Ela não tem aquilo por conta do contexto social que ela vive, então ter essa compreensão da realidade social, ser multidisciplinar, fazer um trabalho integrativo, ter esse olhar de integralidade do paciente, acho que é isso...”. (CD09)

“Você tem que ajudar o outro naquilo que o outro quer. Que, de repente, o que você identifica como necessidade dele, e ele não (identifica como necessidade). E aí eu tenho que respeitar esse olhar dele... o ajudar tem que ser de acordo com a demanda do outro, escutando esse valor dele, o que é importante pra ele, o que ele identifica”. (CD11)

“Uma coisa que eu percebo, quando a gente faz uma limpeza no paciente eu faço questão de mostrar o antes e depois, pego o espelho e

mostro para o paciente... mostro a diferença e falo que a gente tem que dar um jeito de controlar isso, mas eu falo “eu vou te ajudar com isso”.
(CD12)

5.2.3.1 Habilidade de comunicação

Para Moretti–Pires e Bueno (2009), a habilidade de comunicação deve ser desenvolvida pelo profissional para facilitar a ACP. Para uma formação mais holística e humanizada dos profissionais, a escuta ativa na narrativa, o diálogo, a utilização de perguntas abertas para anamnese e perguntas fechadas para concluir a história, o tom de voz, o ritmo das falas além da comunicação não verbal e postura também são fundamentais para a compreensão integral do paciente.

“A gente vem com aquilo muito cristalizado ainda do detentor do saber. Detalhes bobos, do tipo: grupo de tabagismo que a gente fazia quarta-feira de manhã. E aí num desses encontros, um homem falou ‘gente eu estou trabalhando, quarta-feira de manhã não tem como’. E a gente abriu um horário estendido para ter possibilidade e fazer à noite. Algumas coisas vão funcionar, outras não. Alguma demanda a gente não vai dar conta..., mas acho que essa comunicação com eles, esse ouvir o lado dele também é uma coisa que a gente precisa praticar mais”.
(CD11)

“Ter essa ideia na saúde da família de que aquele paciente é teu, você não precisa falar tudo ao mesmo tempo”. (CD09)

“Outro conceito que a gente precisa trabalhar é a questão da comunicação comunitária porque, às vezes, a gente tem a impressão que a comunidade conhece o que a gente faz, sabe os serviços que a gente disponibiliza e talvez eles não saibam”. (CD11)

“Em determinadas situações você vê que essa comunicação ainda precisa ser muito aprimorada... aquela política de procurar o dentista quanto tem alguma coisa doendo... achar que quem usa dentadura não precisa mais ir ao dentista. São conceitos muito enraizados. Então a gente vai fazendo um trabalho de formiguinha, mas que ainda precisa ser muito modificado...”. (CD11)

Neste sentido, os entrevistados mencionaram que procuram fazer uma escuta ativa e ter um olhar mais atento com relação às necessidades daquela pessoa, naquele momento, além de observarem a ansiedade e o medo do dentista, da consulta e de uma possível dor, situações muito comuns nas consultas odontológicas. Foram observadas, durante as entrevistas, referências a respeito de promover o autocuidado e educação em saúde para diminuição dos agravos e promoção da qualidade de vida.

“A educação em saúde é superimportante para a pessoa tomar cuidado, para a pessoa saber se cuidar, para diminuir os agravos”.
(CD 01)

“Eu pergunto para ele ‘Qual a sua necessidade mais urgente?’ Às vezes ele está com uma dor, ou precisa extrair um dente, uma cárie no dente da frente, uma coisa estética. Isso é uma emergência estética que ele quer resolver rápido... Eu falo para o paciente ‘você precisa fazer isso, isso e isso... você tem alguma urgência, alguma preferência por onde você quer começar ou eu posso fazer do jeito que eu quiser’ aí eu sugiro o que vou fazer”. (CD03)

Nas entrevistas observou-se, algumas vezes, que os profissionais se preocupam em ouvir a queixa da pessoa, em explicar através de esquemas e imagens, em ampliar o diálogo não só com a pessoa a ser atendida, mas também, com a equipe de uma forma geral.

“Eu tenho apresentação (de Power Point) para gestante, para diabético...é uma coisa visual para não ficar muito maçante, eu sempre trago uma coisa visual”. (CD09)

“Eu falo muito, eu faço palestra para as agentes...eu tento trazer toda a equipe junto”. (CD02)

Fonseca *et al.* (2018) afirmaram que a concepção dos atendimentos odontológicos acontece com o paciente sentado na cadeira tendo seus dentes avaliados e descritos no odontograma, apresentando seu diagnóstico e terapia de forma bem técnica e centrada nos dentes e suas doenças. Apesar dos determinantes sociais em saúde serem fundamentais para realização dos cuidados em saúde, sua compreensão não é uma prática comum nos serviços de saúde bucal. De fato, pode-se perceber que a maioria dos entrevistados faz odontograma e avaliação clínica como uma das etapas do atendimento, e utiliza o odontograma para mostrar de forma ilustrativa para a pessoa qual é sua condição de saúde bucal, e isso não é visto de forma negativa ou como forma exclusiva de diagnóstico técnico, gerando inclusive um “guia” para o profissional, mesmo que o tratamento comece pela queixa principal do indivíduo.

“A gente sinaliza, geralmente está visível no odontograma que fica aquela área vermelha, marcada. E aí você mostra para o paciente, ‘ó, esse aqui, ó, está vendo?’ É uma coisa visual, você mostra na tela”. (CD09)

Uma limitação dessa pesquisa é que não foi possível avaliar o quanto as explicações e orientações por parte dos profissionais para os usuários são claras e eficazes. Também não foi viável compreender quais são os motivos pelos quais alguns usuários não terminam o tratamento proposto. Ou seja, há uma limitação na entrevista a partir do momento que não é possível saber se as orientações e informações são compreensíveis o suficiente para a adesão ao tratamento por parte do usuário.

“Eu faço odontograma, faço um planejamento, mas às vezes o paciente leva dois anos para retornar”. (CD06)

5.2.4 Fortalecendo a relação entre o profissional e o usuário

Para Stewart *et al.* (2017), o quarto componente salienta que cada consulta deve ser um momento de aprimoramento e fortalecimento da relação entre o médico e a pessoa. Conceitos como compaixão, empatia, compartilhamento de poder, cura e esperança são fundamentais para a sustentação dessa relação.

“É impossível depois de você trabalhar na estratégia você não querer saber da família, você não querer saber da pessoa, o que ela tem, se tem algum agravo, se ela está tratando e você saber orientar...e você observa na resposta disso a fala ‘poxa, ninguém nunca me perguntou isso... ninguém nunca perguntou isso porque ninguém nunca se importou se eu era assim ou assado’ e então você percebe a sua diferença”. (CD01)

“O meu resumo disso tudo aí é o vínculo maior pelo paciente”. (CD 06)

“Um dentista de estratégia de saúde da família tem que ser parte da comunidade...ter empatia, saber o que a pessoa quer. O que você quer fazer? Você veio aqui pra que? O que você está sentindo? ”. (CD07)

Em diferentes falas o não julgamento e a importância da empatia e, por conseguinte, da negociação, aparece como uma importante característica dos CD da ESF. São percepções de que muitas vezes, as diferentes culturas e realidades de vida levam os profissionais a querer julgar a forma como aquela pessoa conduz suas situações de saúde e vida. Nesse ponto, se torna essencial a compreensão da realidade, o vínculo com a comunidade e com as pessoas para que a capacidade de não julgar seja genuína.

“Uma das coisas mais importantes que a gente não aprende na faculdade é aprender a não julgar...a gente aprende na estratégia a não julgar a vida das pessoas. E a gente tem um contato muito próximo em

Visita Domiciliar. Então, vidas que você nem imaginava que existiam né?... Quando alguém fala alguma coisa de julgamento eu falo: 'E aí, você não sabe o que ela passou, o que ela passa para poder achar isso'." (CD05)

"Eu acho que eu caí na real do que é a vida.... Muito fora da minha realidade completamente...às vezes você tem que pensar com a cabeça deles, não tentar julgar porque senão a coisa fica complicada". (CD10)

"Converso sobre a realidade dele tentando não julgar muito. Isso é um exercício diário, porque a gente vem com aquele formato... por mais que a gente tente desconstruir aquela coisa do 'eu detenho o saber' e aí você quer convencer ele que ele precisa escovar os dentes três vezes ao dia, e de repente dá pra chegar num meio termo...sempre tenho esse momento de conversa com o paciente". (CD11)

Outra questão que foi apresentada em diversos momentos é com relação à necessidade do suporte psicológico que muitas vezes o profissional se vê "obrigado" a dar e não é treinado para isso.

"Essa empatia é importante... saber ouvir o paciente...mesmo que ele descarregue tudo em você. Tem que estar preparada emocionalmente para ouvir. Eles falam muito. São muito carentes...a válvula muitas vezes acaba sendo aqui na cadeira". (CD06)

"Tem paciente que chega e não foi ali por causa do dente...ele estava querendo contar, conversar...a cadeira vira um pouco o divã...e eu acho que você treina mais esse olhar, essa abordagem". (CD11)

"Aqui o dentista é psicólogo, o médico é psicólogo, o enfermeiro é psicólogo, o agente comunitário é psicólogo". (CD09)

“...lidar com o público.... Tem a parte do acolhimento, a parte humana...às vezes você é psicólogo... o paciente chega aqui e quer falar...e é uma modalidade que não se aprende na faculdade”. (CD08)

5.3 O impacto das condições de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Três subcategorias relacionados à infraestrutura de trabalho foram destacados neste tema. A primeira subcategoria se refere ao ambiente físico do trabalho, ou seja, ao espaço dos consultórios odontológicos. Esse tópico surgiu através da observação direta da entrevistadora ao longo das conversas com os profissionais, não houve perguntas diretas sobre o ambiente ao longo das entrevistas. A segunda subcategoria se refere às características dos registros dos atendimentos e no quanto estes auxiliam ou não na identificação da saúde do usuário, além de observações relevantes a respeito do prontuário eletrônico do cidadão (PEC). A terceira subcategoria se refere aos recursos de materiais e infraestrutura para execução de um trabalho de qualidade e as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho.

5.3.1 Ambiente

Leme *et al.* (2019) fizeram uma observação interessante sobre o aspecto físico do consultório odontológico, onde muitas vezes a disposição física favorece o deslocamento das pessoas diretamente para a cadeira odontológica quando entram na sala. Logo, para esses autores, a estrutura física, a disposição dos equipamentos, a postura profissional durante a recepção e a escuta, a predileção pelo odontograma, o depósito das informações de forma verticalizada, entre outras questões podem direcionar a consulta odontológica para o atendimento clínico exclusivo na boca e seus problemas específicos.

Por este motivo, a pesquisadora se utilizou da observação direta intensiva durante a execução das entrevistas para analisar o ambiente físico dos consultórios odontológicos, vale ressaltar que essas características não foram relatadas pelos entrevistados, nem perguntado diretamente para eles. As entrevistas experienciadas nessa pesquisa foram realizadas nos

consultórios odontológicos em cada unidade e por isso é possível relatar algumas observações realizadas destes ambientes.

Não há um padrão entre esses consultórios, em alguns deles o espaço é grande, sendo possível ter uma disposição de cadeiras em círculo para que haja uma conversa mais receptiva e a circulação de pessoas de forma mais livre, em contrapartida, vários consultórios são muito pequenos, mal cabem o equipamento odontológico e tampouco permitem a circulação do auxiliar, muitos são escuros, com pouca entrada de luz, cheiro de mofo, barulhentos (porque estão perto da recepção, por exemplo), ou inclusive, do lado de fora da entrada principal da unidade. É evidente que essas questões não impedem o profissional de fazer uma escuta ativa de qualidade e um atendimento clínico ideal, mas podem trazer obstáculos para uma lógica de atendimento mais humanizado.

5.3.2 Registros dos atendimentos

Quando questionados sobre a qualidade dos prontuários, alguns descrevem que são bem detalhados, porém a maioria relata que os prontuários são desprovidos de informações importantes.

Os profissionais também relataram que procuram avaliar, através dos prontuários, as condições de saúde geral da pessoa e o último atendimento odontológico antes daquele momento. Os prontuários muitas vezes são identificados com códigos sobre as condições principais daquela pessoa, como por exemplo, se apresenta quadro de hipertensão e/ou diabetes.

Há uma queixa frequente nas conversas a respeito do PEC, que atualmente vem sendo utilizado em todas as unidades. Além do fato do prontuário eletrônico depender do bom funcionamento da infraestrutura de internet e equipamentos, o que nem sempre é viável, as informações mais antigas do prontuário de papel não migraram para o PEC e muitas unidades deixaram de usar o prontuário de papel como apoio. Apesar do desagrado em relação ao PEC, essa queixa comprova que os profissionais têm procurado conhecer melhor as questões de saúde relacionadas à pessoa que será atendida.

“A gente tem um prontuário compartilhado que tem todo um sistema de códigos para as informações básicas, pelo menos, como doenças de

base, doenças crônicas, alergias.... Essas informações básicas a gente tem fácil acesso. Agora, casos pontuais, mais complicados, pacientes descompensados a própria equipe se comunica”. (CD08)

“Eu pego o prontuário e leio tudo. Quando foi a última consulta médica?... Essas informações todas têm que ser compartilhadas porque senão a gente não vai tratar o paciente como deveria”. (CD04)

“O prontuário eletrônico é muito recente e é uma questão de confiabilidade... a informática é muito bonita, é o futuro, é o objetivo, mas ainda não é confiável. Volta e meia o sistema sai do ar, volta e meia não tem internet.... e aí a gente tem o que? O prontuário de papel. Você não pode fechar os olhos... “ah é mais moderno”. Se eu começasse a não escrever no papel eu estava lascado”. (CD08)

“E agora nós temos um problema...tem o PEC. O pessoal não quer mais pegar o prontuário de papel, mas as informações do PEC são muito recentes e a gente precisa de, pelo menos, cinco anos (de histórico) ”. (CD04)

5.3.3 Recursos

Angústias e dificuldades foram apontadas pelos entrevistados quando pensam sobre poder ajudar através do seu trabalho, ser resolutivo, lidar com a vulnerabilidade dos outros. Muitos descreveram a dificuldade que é lidar com a falta de recursos e com a infraestrutura precária. Vários profissionais relataram e mostraram materiais que compraram com recursos próprios, conseguiram através de doações ou trouxeram dos seus consultórios particulares. Houve relatos sobre o tempo de espera para consertar ou trocar equipamentos com defeitos, então se adaptar com o que tem na realidade e “fazer mágica” foram termos utilizados nas conversas.

“Você está sempre lutando contra a maré...com dificuldades... quebra uma coisa, fica sem outra... eu fiquei três anos sem autoclave”. (CD01)

“Você vai adquirindo prática, habilidade de se virar com o que tem”. (CD01)

“Eu aprendi a praticamente fazer mágica em certas coisas...às vezes com a escassez, você aprende a se virar”. (CD02)

“O profissional tem que ser versátil...porque se você for muito engessado, você realmente não consegue trabalhar...é uma filosofia de vida que você aprende na estratégia...diante de uma dificuldade, o que dá pra fazer?...porque sempre dá pra fazer alguma coisa”. (CD08)

“Temos várias paralizações por equipamento, ou falta de infraestrutura em algumas coisas...tem que aprender a conviver, ou lidar melhor com a situação, mas a gente perde por isso... Eu não queria estar tão desanimada...”. (CD06)

Além disso, a demanda enorme também gera desconforto entre os profissionais. Houve várias narrativas sobre o sentimento de impotência e incapacidade de realizar mais ações extra muro ou visitas domiciliares e grupos porque a necessidade das pessoas ainda envolve em grande parte o atendimento assistencial. Foi observado que os profissionais que mais conseguem abraçar as ações, além das assistenciais, são profissionais que também são preceptores e recebem alunos, com isso, esses estudantes abrangem o serviço além das consultas clínicas. Esses fatos confirmaram o que Scherer e Scherer (2015) mencionaram, onde o excesso de demanda da população e a prevalência de procedimentos curativos prejudicam o processo de trabalho.

“A gente tem uma demanda reprimida muito grande e a gente é cobrado pela parte assistencial...a gente sabe que a doença é investimento em prevenção, que realmente muda a história natural da doença... só que você tem que lidar com a demanda reprimida, são anos

e anos em que essa população não teve acesso ao tratamento assistencial... é o que eles precisam...eu acho que você tem que fazer prevenção, a gente sempre faz ainda mais com o reforço dos alunos (da preceptoria), a gente consegue dar um 'up' nisso, mas o assistencial é o que a gente tem que dar conta". (CD08)

5.4 Aprendizados adquiridos a partir das práxis em saúde da família

Segundo Granja e Zoboli (2012), a humanização é o pilar da saúde da família e para Warmling *et al.* (2011), a atualidade tem cobrado maior humanização das práticas odontológicas, compreendendo a clínica como uma conduta humanizada e comprometida. Entretanto, Lima (2017) afirmou que a formação profissional em odontologia não costuma ressaltar a orientação humanística.

Merhy e Franco (2003) descreveram sobre as tecnologias duras que estão relacionadas com instrumentos e produtos de saúde, as tecnologias leve-duras que estão ligadas ao conhecimento técnico e a tecnologia leve, que está vinculada no âmbito das relações entre profissionais e usuários. Esse caráter relacional é relevante para a produção do cuidado tanto individual quanto coletivo. Porém, historicamente, o modelo de saúde esteve vinculado às tecnologias duras e leve-duras.

Diante dessas questões, algumas considerações podem ser observadas através das entrevistas realizadas. Muito profissionais se mostram sensíveis ao longo das suas falas. Geralmente elas apareceram quando indagados a respeito do que aprenderam com a atuação profissional na estratégia da saúde da família que não aprenderam na faculdade ou como trabalhar na estratégia mudou sua visão profissional ou de vida.

"A graduação te prepara para ser técnico, e na estratégia a gente tem que aprender a lidar com pessoas...isso faz uma diferença muito grande, né? E isso você leva pra fora também. Quando você vê, você tá fazendo estratégia com o teu vizinho, você está orientando o teu vizinho... Já escutei muito isso. "Não, você não é médica. Por que que

“você tá falando isso?” Porque eu lido com isso todos os dias. Porque eu aprendi”. (CD01)

“A gente vai desenvolvendo uma inteligência emocional de relacionamento... interpessoal”. (CD03)

Essas afirmativas corroboram com o fato de que a formação humanística não é uma prática aprimorada na graduação e surge ao longo da rotina na estratégia, sendo aprendida ou aprimorada na prática. Dessa forma, pode-se reforçar o que foi observado por Moretti-Pires e Bueno (2009), onde os autores destacaram que o desencontro entre a formação universitária e as demandas do SUS apontam a urgência para uma formação integral e holística.

“Mudou o olhar que você tem para as pessoas... Você vê as pessoas de uma maneira diferente... você quer conversar, quer ter uma coisa mais afetuosa”. (CD01)

“Eu sou outra pessoa, acho que a gente se redime de muita coisa quando trabalha no SUS”. (CD02)

“Você vê tanta coisa e fala assim ‘meu Deus do céu (com ênfase) com tudo isso as pessoas dão conta da vida, são felizes, são lições de vida’”. (CD02)

“É muito gratificante, as pessoas aqui não têm mais nada na vida, e nós, como privilegiados que somos, é o mínimo que a gente pode fazer (o trabalho bem feito) O mínimo que a gente faça para amenizar aquele sofrimento é tudo”. (CD04)

“Tem muita gente que entra no serviço público por entrar, não tem noção da missão que a gente tem, porque é uma missão muito forte”. (CD04)

“A parte boa é realmente fazer tudo pelo paciente, o paciente está em primeiro lugar, considerando ele único, e acolhendo, eles são muito carentes, precisam de ajuda.... Eu me emociono com as pessoas, de ver a vulnerabilidade e tentar ajudar o máximo que a gente consegue dentro da odontologia... é o vínculo maior pelo paciente, eu faço pelo paciente”. (CD06)

“Trabalhar com quem precisa muito muda seu conceito, muda completamente...é outra realidade, é você enxergar, ver diante dos seus olhos uma realidade social diferenciada”. (CD09)

“Você começa a ver o mundo não é teu mundo. Existe um mundo paralelo...você vivencia coisas que nunca ia ver... A vida da gente é muito diferente disso tudo aqui... Você consegue evoluir como pessoa”;
(CD10)

“Os conceitos que a gente trabalha na estratégia como acolhimento, empatia, humanização, olhar integral, olhar além da boca, o vínculo.... Você leva para aqui, para a iniciativa privada, para a vida”. (CD11)

“Aqui em Petrópolis, no concurso de 40 horas, eu vim ter a experiência de verdade do que é a odontologia e do que é o SUS, equipe de saúde, reunião de equipe, VD, EP, PSE.... Eu comecei a ver de verdade o que era a odontologia de saúde pública e hoje eu gosto de atuar aqui também... se hoje eu sou um dentista bom no consultório privado eu devo muito ao que eu aprendi aqui porque aqui a gente aprende a lidar com gente, e com gente com as histórias mais difíceis e desafiadoras...a odontologia na saúde pública me ajudou a crescer como ser humano”.
(CD12)

As mudanças observadas na vida e na sua trajetória como pessoa após trabalhar na estratégia passou a ser desenvolvida naturalmente ao final das narrativas. Nesse momento das entrevistas surgiram histórias em que o cuidado emocionou e trouxe à tona sentimentos de

recompensa através da realização dos outros. Foram descritas sensações de ser mais humano e espiritualizado, de mudanças das concepções de vida após lidar com certas situações e pessoas, evoluir como ser humano com uma compreensão diferente e melhor do mundo.

“A gente cresce muito, a gente muda”. (CD01)

“É impossível você trabalhar na estratégia sem você deixar um pouco de você e pegar um pouco dos outros pra você”. (CD01)

“Eu fiz (um tratamento odontológico) e ela arrumou um emprego”. (CD01)

“Ela andava de máscara porque podia rir sem ninguém ver. A gente pegou esse caso como um PTS (fizemos o tratamento) e ela agora saiu rindo para todo mundo, tira a máscara e diz ‘agora eu sou linda’ ”. (CD01)

“É redenção. É a hora que a gente fala assim: ‘caramba, Deus existe mesmo’ e a gente tem que aprender com essas pessoas que não tem nada, e elas sabem levar a vida de uma forma leve”. (CD02)

“A gente quer fazer um trabalho, não é valorizado, mas eu não sei viver sem o SUS”. (CD02)

“... (eu vi) pessoas com depressão que saíram da depressão (porque trataram os dentes), pessoas que começaram a pintar o cabelo, começaram a passar batom... A gente acha que essas pessoas não têm nada, mas elas têm sentimentos”. (CD04)

“Me tornei uma pessoa mais espiritualizada, mais humana”. (CD04)

“Você proporcionar o bem-estar, a alegria.... A gente terminou um caso essa semana... uma senhorinha que, poxa... tivemos que extrair

todos os dentes dela. Agora vamos encaminhar para a prótese. Uma pessoa completamente sem condição. E você vai ver que a pessoa fica mais alegre, já vai mudando um pouquinho a característica e até mesmo o ânimo da pessoa. Eu acho isso muito legal”. (CD07)

“Receber todo esse carinho faz muita diferença... Você vê que você plantou alguma coisa”. (CD11)

“tem muita história.... Aqui eu tiro muitas experiências que eu não tenho na minha clínica privada e também não tenho no meu outro serviço público (de plantão de urgência e emergência) ...”. (CD12)

“a gente vai sofrendo aqui o choque de realidade...me ajuda muito na minha vida pessoal principalmente porque eu tenho uma filha pequena, e assim, a gente tenta oferecer tudo que tem de melhor, mas a gente sabe que a pessoa tem que entender que tem gente que não tem uma fração daquilo ali, então (trabalhar na ESF) muitas vezes me ensina a tentar não ser tão provedor assim. A gente tem que aprender a viver com muito e com pouco também... eu acredito que as dificuldades que eu vejo no dia a dia do meu trabalho, elas também nos ajudam a crescer, elas também nos fortalecem, elas também nos preparam para a realidade...porque você não pode provar um ser humano que está crescendo do entendimento de que a vida não é só vitória, não é só coisa boa... a gente tem que ter dificuldade pra poder a valorizar lá na frente ... eu procuro usar os exemplos do que eu vejo aqui, dentro da minha casa. Às vezes eu me pego reclamando da vida, só que poxa, eu tinha que estar agradecendo”. (CD12)

“O que eu aprendo aqui diariamente é que tem gente que não tem nada. Às vezes a gente esquece isso e não dá valor a certas coisas”. (CD12)

Como observado na metodologia desse trabalho, todos os profissionais entrevistados são concursados e estatutários. A cidade de Petrópolis organiza, em sua maioria, a contratação

de profissionais dentistas através de concursos e dentro do regime estatutário. Considerando que estabilidade em um emprego possibilita a criação de uma carreira e a construção do vínculo, esse fato pode explicar o porquê da pesquisa ter como resultado algumas questões diferentes daquelas consideradas inicialmente na hipótese. A percepção dos discursos leva a crer que a prática clínica na ESF sensibiliza esses profissionais, favorece a construção da longitudinalidade do cuidado, a integralidade da atenção e a formação e manutenção do vínculo. São os princípios da APS, da ESF e a estabilidade na carreira dentro da ESF que valorizam a integralidade do cuidado e as percepções sobre uma abordagem mais holística e humana. Os profissionais não tendem a ser capacitados com fundamentos teóricos e métodos sobre modelos de cuidado na sua formação tampouco na educação continuada e permanente, e por isso, não conseguem correlacionar o que fazem na prática com os métodos e os conhecimentos teóricos que existem sobre o assunto, logo, sua prática fica limitada e deixa de ser aprimorada para maior aproveitamento do que esse modelo de abordagem pode oferecer.

Possivelmente por estarem inseridos no território, a maioria dos CD entrevistados demonstrou que observaram a percepção das pessoas a respeito da saúde e da doença, mas não ficou claro se esses profissionais valorizam ou tem conhecimento sobre a experiência da pessoa com a doença ou se consideram relevante considerar a opinião da pessoa para determinar sua capacidade de cuidar de si e sua autonomia para isso.

De encontro ao que mostrou a literatura utilizada, a maior parte dos profissionais se veem inseridos dentro da equipe de trabalho, discutem casos, ajudam e têm apoio para a realização de ações, valorizam essas atividades, participam ativamente da equipe e conseguem, em muitos casos, promover a integralidade do cuidado, logo, há brecha para a realização ou, pelo menos, a tentativa de praticar o cuidado e os planos terapêuticos com a equipe multidisciplinar incluindo a odontologia.

Porém, houve variadas queixas a respeito da grande demanda para o atendimento assistencial e clínico propriamente dito e sobre a quantidade de demandas reprimidas, o que prejudicariam a abrangência das atividades que ocorrem em outros momentos e locais, principalmente de prevenção e promoção de saúde, com isso, vale a reflexão se os profissionais da estratégia percebem que é necessário ampliar os olhares para aumentar a abrangência do cuidado e promover saúde, visando uma perspectiva positiva a médio e longo prazo. Além dos profissionais da assistência, é fundamental a discussão a respeito das metas impostas sobre produção que valorizam muitas vezes a quantidade e nem sempre a qualidade dos atendimentos realizados pelos profissionais.

As falas também reforçaram como o fato de estarem há anos inseridos na lógica da estratégia, muitas vezes na mesma unidade por tempo considerável, fortalecendo o vínculo com a equipe e a comunidade, afetou a relação profissional e a vida pessoal dos profissionais. Em alguns momentos os entrevistados se emocionaram ao lembrarem de histórias e das pessoas por trás das memórias, além de demonstrarem como essas experiências e vivências mudaram a forma como veem a vida, suas expectativas, o futuro e inclusive os seus vínculos familiares e pessoais.

Os discursos encontrados ao longo das entrevistas e as observações percebidas ao longo das análises, levaram a autora a sugerir dois produtos técnicos para este trabalho.

A necessidade de uma formação mais humana e de uma abordagem mais integral e pessoal apontaram, ao longo das entrevistas, como a estratégia pode ser capaz de mudar e sensibilizar os profissionais. Alguns discursos sobre a diferença percebida entre a formação na graduação e a prática clínica na estratégia, como por exemplo os descritos abaixo, são relatos que estimularam a autora a produzir duas contribuições para este trabalho.

“(na estratégia) Eu aprendi a ser mais atenta às pessoas, não olhar as pessoas como uma boca, porque a faculdade te ensina, né? A graduação te ensina que você tem uma boca pra tratar. Então assim, você entender o ser humano por trás, que traz aquela boca pra você”.
(CD01)

“A única coisa que eu consegui aproveitar da faculdade é o atendimento na cadeira. Mas, essa relação interpessoal, completamente diferente. Eu não tinha vivido nada disso antes (da estratégia) ”. (CD10)

6 PRODUTOS TÉCNICOS

A leitura aprofundada da literatura e as experiências vivenciadas durante as entrevistas e posterior análise, acabou por gerar, na autora deste trabalho, o interesse em sugerir o direcionamento da condução clínica em saúde bucal visando uma abordagem mais humana e abrangente.

Desta pesquisa foi possível gerar a produção de duas contribuições técnicas que podem auxiliar durante a formação de futuros profissionais e também na prática clínica dos CD que se sentirem interessados em realizar ACP. A primeira contribuição é uma sugestão de condução clínica em saúde bucal com base no MMCP e a segunda sugestão é a anamnese odontológica que favoreça a construção do diálogo e do vínculo.

6.1 Proposta 1: Protocolo de Abordagem Centrada na Pessoa em Saúde Bucal

Conforme descrito anteriormente, há uma carência de estudos sobre a ACP em odontologia e de como ele pode ser traduzido para a prática odontológica, neste sentido, essa proposta é uma sugestão de um protocolo (apêndice C) que procura orientar a prática odontológica centrada na pessoa com fundamentos no M CCP. A proposta sugere recomendações tanto para auxiliar na formação de CD, quanto para a prática clínica em saúde bucal dos profissionais já formados atuantes ou não na ESF.

6.2 Proposta 2: Guia para uma Anamnese Odontológica Dialógica

A abordagem ao indivíduo não começa na intervenção clínica, mas sim no acolhimento, no diálogo, na criação do vínculo, e na anamnese (BASTOS *et al.*, 2017). A criação de vínculo, o acolhimento, e o fortalecimento da relação entre a pessoa e o profissional deve ser feito em cada consulta e a todo momento. Porém, no primeiro contato é importante romper barreiras e “quebrar o gelo”. Nesse sentido, a segunda contribuição propõe uma anamnese baseada na

ACP. A sugestão aqui é que após a anamnese sobre a saúde geral e sua relação com as consequências na cavidade bucal, como medicações, doenças e condições sistêmicas, ocorram perguntas mais específicas sobre a saúde bucal, e que essas questões sejam abordadas de forma mais humanizada para facilitar o acolhimento e posteriormente possibilitar o fortalecimento da relação interpessoal entre os envolvidos.

Observar no prontuário a assiduidade e o motivo das visitas dos usuários à unidade, tentar identificar as potencialidades para cuidado, e sinalizar as fraquezas e fragilidades vão ajudar a identificar o potencial da pessoa na autonomia do cuidado, não só na capacidade de produzir atos de saúde, como também, mantê-los. Esses detalhes não são falados diretamente, vem em comentários ou situações nas quais o profissional deve estar atento como aspectos religiosos, crenças e credices populares.

Gestos e olhares são particularidades que devem ser observadas ao longo da anamnese. Conforme já destacado anteriormente, a comunicação não verbal também é importante fonte da construção de relacionamentos, empatia e compreensão. O contato visual e a conduta também são relevantes para que se compreenda a pessoa de forma integral. (BALLESTER *et al.*, 2010; MILLS, 2017).

Considerando que a comunicação é um dos mecanismos de grande relevância para atitudes mais humanizadas e que a relação interpessoal na prática clínica deve ser mais dialógica, a colaboração propõe um guia de perguntas que possam fluir de forma mais natural gerando na anamnese odontológica uma relação potencialmente mais humana e pessoal.

Conforme apresentado (apêndice D), essas contribuições têm por objetivo facilitar a conduta da ACP para os CD que tenham interesse em realizar a anamnese através de um modelo que valorize as relações interpessoais em sua rotina clínica, em especial na ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado anteriormente, os cuidados embasados nas relações estabelecidas entre o profissional e a pessoa que recebe o cuidado deveriam nortear não só a formação como a prática destes profissionais. Se assim fosse, este profissional teria qualificação científica e, também, uma atitude empática, receptiva, franca, capaz de criar relações de vínculo.

Fica perceptível que a ACP melhora a condição de vida e saúde da pessoa, da família e da comunidade, que a adesão ao tratamento é melhor do que quando focado na doença e que os profissionais apresentam maior satisfação durante sua prática clínica realizando a ACP.

A hipótese inicial desse estudo pressupôs que haveria por parte dos profissionais entrevistados pouco fundamento teórico sobre a ACP dentro da odontologia na APS e sobre os métodos que podem ser desenvolvidos ao longo das consultas para que se alcance o cuidado centrado.

De fato, ACP e o MCCP, não foram citados diretamente nas entrevistas e, na maioria das vezes, o termo utilizado foi “paciente” e não pessoa. Após transcrição e análise das entrevistas, os resultados indicaram que os profissionais atuantes na ESF relataram ter tido uma formação voltada para a odontologia curativa, tecnicista, individual e mais direcionada para atuação em consultórios privados com retorno financeiro, porém, foi possível observar que àqueles que se identificam com a prática voltada para a saúde pública, em especial para a ESF, desenvolveram ao longo dos anos e, principalmente, com a prática clínica e baseados na experiência, um cuidado diferenciado daquilo que identificam ter aprendido em sua formação. As dificuldades e restrições observadas sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade podem estar relacionadas à falta de conhecimento teórico sobre o assunto.

Os profissionais identificaram as percepções das pessoas com relação à sua saúde e doença, parecem levar em consideração essas questões pois observam como o território, as competências culturais, e outros aspectos podem interferir nessas compreensões, mas não fica claro como observam a experiência da pessoa com a doença e nem se esse aspecto é levado em consideração para definir os planos terapêuticos e as orientações para o cuidado.

Os resultados dessa pesquisa reforçaram que ESF nesses moldes é capaz de mudar o modelo do cuidado, pois, o grupo pesquisado parece sensibilizado à causa através da prática clínica. Portanto, mais discussões são importantes sobre como os princípios da APS e da ESF podem afetar diretamente a prática de uma abordagem integral e centrada na pessoa e sobre

como a estabilidade e o tempo de trabalho vinculado na lógica da estratégia podem favorecer esse modelo de prática em odontologia. Essas discussões podem reforçar a importância de valorizar a contratação pelos municípios através de concursos com regime estatutário e enfatizar as educações continuadas e permanentes para melhor capacitar esses profissionais e propiciar o cuidado de qualidade a longo prazo.

Apresentou-se como uma limitação deste estudo a mensuração de como o profissional percebe a comunicação não verbal, a imposição da sua fala e se esse profissional foi treinado ou não para ser habilidoso e compreendido na sua comunicação ou se ele percebe a magnitude desse aspecto para ser centrado naquela pessoa e não em sua doença. Outro entrave encontrado foi a falta de verificação de coerência entre o discurso e a conduta da prática clínica. Para ser possível reparar ambas as limitações seria importante observar e analisar não só as falas durante as entrevistas como também os atendimentos clínicos dos profissionais participantes da pesquisa.

Para que haja mais conhecimento teórico e discussões clínicas a respeito do cuidado voltado para a pessoa e seus modelos de prática na odontologia da APS é fundamental que sejam realizados mais estudos e pesquisas sobre a prática clínica odontológica centrada na pessoa, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface Comum Saúde Educ**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, out./dez.2016.
- ALRAWIAI, S.; ASIMAKOPOULOU, K.; SCAMBLER, S. Dentists' perceptions os a practical model of patient-centred care: providing informationand choice in a dental consultation. **Psychol Health Med**, v. 24, n. 9, p.1090-1099, out. 2019.
- ALRAWIAI, S.; ASIMAKOPOULOU, K.; SCAMBLER, S. Pacient-centred care in dentistry: definitions and models - commentary. **Eur J Dent Educ**, v. 25, n. 3, p. 637-640, ago. 2021.
- ANDERSON, M. I. P. *et al.* Avaliação da Qualidade em saúde na Medicina da família e na atenção primária na Ibero-América. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 26-36, out./dez. 2016.
- APELIAN, N. *et al.* How can we provide person-centred dental care? **Br Dent J**, Londres, v. 223, n.6, p.419-424, set. 2017.
- APELIAN, N.; VERGNES, J. N.; BEDOS C. Is dental profession ready for person-centred care? **Br Dent J**, Londres, v. 229, n.2, p.133-137, jul. 2020.
- BALINT, M. The doctor, his patient, and the illness. **Lancet**; v. 268, n. 6866, p. 683-688, 1955.
- BASTOS, B. R. M. S. *et al.* Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. **Rev. ABENO**, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.
- BATISTA, V. C. L. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Sanare**. Sobral, v. 15, n. 02, p. 87-93, jun./dez. 2016.
- BALLESTER, D. *et al.* A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev. Bras. Educ. Méd.** São Paulo, v. 34, n. 4, p. 598-606, mar. 2010.
- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, Supl. 8, p. 216-222. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 10, 4 mar. 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**: seção 1 Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais

do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, n. 115, p.77, 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3566/ 2019**. Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória). Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.566-de-19-de-dezembro-de-2019-234647326>. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª Edição. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A. Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. v.15, p. 177-201, 2005.

CASOTTI, E.; GABRIEL, J. O. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do programa de melhoria do acesso e qualidade de atenção básica. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 245-260, abr./jun. 2016.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 161/2015. Altera artigos, incisos e parágrafos da Resolução CFO 63/2005. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Resolucao-CFO-161-15-nova-especialidade-II.pdf> . Acesso em: 08 maio. 2021.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 198/2019. Reconhece a Harmonização orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências. Disponível em: <http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLUCAO/SEC/2019/198>. Acesso em: 08 maio. 2021.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Quantidade geral de cirurgiões dentistas especialistas**. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CRO. Conselho Regional de Odontologia – SP. **Câmaras Técnicas – Saúde Coletiva**. Disponível em: http://www.crosp.org.br/camara_tecnica/apresentacao/23.html. Acesso em 15 jun. 2021.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulg. Saúde debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 11-124, out. 2014.

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def> Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 de abr. 2023.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência do Adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 38, n. 2, p. 283-288, abr. 2014.

FONSECA, G. S. *et al.* Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde Soc**; v. 27, n.4, p.1174-1185, 2018.

FORTE, F. D. S. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade em odontologia: um estudo cultural. **Interface Comum Saúde Educ.**, Botucatu, v. 24, p. 1-14, 2020.

FUZIKAWA, A. K. **Método clínico centrado na pessoa: um resumo.** 2013. 12 p. NESCON/UFMG-Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1684.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2021.

GRANDE I. P. *et al.* Desafios na formação do cirurgião dentista para o SUS. **Rev. ABENO**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 2-6, 2016.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. A produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. **Rev. ABENO**, v.17, n.4, p.63-70, dez. 2017.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde Bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-24, jun. 2018.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **Mundo saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 494-501, jun. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Petrópolis**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/petropolis.html>. Acesso em: 21 dez. 2020.

LEE, H. *et al.* Person-Centred care model in dentistry. **BMC oral health**, v. 18, n.198, p. 1-7, nov. 2018.

LEME, P. A. T. *et al.* A clínica do dentista na Estratégia Saúde da família: entre inovação e conservadorismo. **Physis**, v. 29, n. 1, p. 1-19, 2019.

LIMA, R. C. G. S. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Sau. e Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.15-25, maio/ago. 2017.

LOPES, J. M. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. Capítulo 13: <https://internatoaps.files.wordpress.com/2015/03/tmfc-abordagemdcentrada-napessoa.pdf>. In: Seção II – Ferramentas da prática do médico.

LOPES, J. M. C. Abordagem centrada na pessoa. **PROMEF. Artmed Panamericana**, Porto Alegre, ciclo 2, p. 109-144, 2007.

LOPES, J. M. C.; RIBEIRO, J. A. R. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-13, mar.2015.

MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba. v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1999.

MATTOS, G. C. M. *et al.* A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet**, v.19, n. 2, p.373-382, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde debate**. Rio de Janeiro. v. 27, n. 65, Set./ Dez. 2003.

MEYER, D. E. E. *et al.* “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MILLS, I. *et al.* Patient-centred care in general dental practice –sound sense or soubd bite? **Br Dent J**, v. 215, n. 2, p. 81-85, jul. 2013.

MILLS, I. *et al.* Patient-centred care in general dental practice – a systematic review os the literature. **BMC Oral Health**, v. 14, n. 64, p. 1-13, 2014.

MILLS, I. *et al.* Person - centred care in dentistry the patient’s perspective. **Br Dent J**, v. 218, n. 7, p. 407-413, abr. 2015.

MILLS, I. J. A person - centred approach to holistic assessment. **Prim Dent J**, v.6, n. 3, p. 18-22, 2017.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta paul enferm**, v. 22, n.4, p. 439-444, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n.116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Odontol. Soc**, v. 3, n. 1/2, p. 44-52, 2001.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev saúde pública**, v. 40, n. Esp, p. 141-7, 2006.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

PEABODY F. The Care of the Patient. **Journal of the American Medical Association**, v. 88, p. 877-882, 1927.

PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. **HISTÓRIA E PERSPECTIVAS**, Uberlândia, n. 47, p. 147-173, jul./ dez. 2012.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface Comum Saúde Educ.** v. 15, n. 36, p. 187-198, jan./ mar. 2011.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Cien Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, And Numerous Challenges. **J Dent Res**, Washington, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, out. 2015.

SCAMBLER, S.; ASIMAKOPOULOU, K. A model of patient-centred care turning good care into patient – centred care. **Br Dent J**. Londres, v. 217, n. 5, p. 225-228, set. 2014.

SCAMBLER, S.; GUPTA, A.; ASIMAKOPOULOU, K. Patient-centred care – what is it and how is it practised in the dental surgery? **Health Expect**. Londres, v. 18, p. 2549-2558, 2014.

SCAMBLER, S.; DELGADO, M.; ASIMAKOPOULOU, K. Defining patient-centred care in dentistry? A systematic review of dental literature. **Br Dent J**. Londres, v. 221, n. 8, p. 477-484, out. 2016.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev saúde pública**, Brasília, v. 49, n. 98, p. 1- 12, 2015.

SILVA, M.; BARBOSA, M. A. S.; LIMA, L. G. B. Uso e possibilidades metodológicas para estudos qualitativos em administração: explorando a análise temática. **RPCA**, v. 14, n. 1, p. 111-123, jan./mar. 2020.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**. Tradução: Anelise Burmeister; Sandra M. M. Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 393 p.

TURATO, E. G. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

WARMLING, C. M. *et al.* Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Londrina, v.11, n.2, p. 63-70, jul./dez. 2011.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada**1. Conte sobre sua escolha pela odontologia.**

O que fez você trabalhar na ESF?

2. Conte sobre o (o que acha do) seu papel como CD dentro da ESF.

Contar como conduz o atendimento clínico/ plano de tratamento da pessoa.

Observar se percebe diferenças entre o CD de consultório particular para o CD de ESF.

Como estar inserido nesse local interfere no seu trabalho clínico?

3. Como o trabalho na ESF afetou sua prática como profissional? Fale um pouco sobre isso.**4. Como o trabalho na ESF afeta/ou sua visão como pessoa/sua visão de vida?****5. Conte sobre o que você aprendeu na ESF que você não aprendeu na graduação.**

O que poderia estar sendo desenvolvido na graduação que te ajudaria no trabalho na ESF?

O que você pensa sobre uma residência em Odontologia da Família e da Comunidade?

6. Como você percebe como as pessoas desse território lidam com a sua saúde bucal. Dê algum exemplo/ história.

Verificar como o CD lida com essas percepções das pessoas.

7. Contar sobre quais características são importantes que um dentista da família tenha.

Fale um pouco sobre como você se percebe numa reunião de equipe.

8. Contar atitudes/histórias relevantes na sua prática clínica.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido – maiores de idade

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa denominada **“Percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na atenção primária à saúde de Petrópolis”**, realizada no âmbito Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da PROFSAÚDE/FIOCRUZ e que diz respeito a uma dissertação de mestrado sob orientação da Profa. Dr^a. Katlin Darlen Maia.

1. OBJETIVO: O objetivo do estudo é conhecer a percepção do cirurgião-dentista sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade na atenção primária à saúde no município de Petrópolis.

2. PROCEDIMENTOS: Este projeto refere-se a um estudo com abordagem qualitativa, utilizando como instrumento de coleta de dados a aplicação de entrevistas através de um roteiro semiestruturado. A sua participação consistirá em conceder a entrevista que será realizada pela pesquisadora. As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas em arquivos digitais. Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, apenas a pesquisadora e sua orientadora do projeto de pesquisa terão acesso aos seus dados, se comprometendo a não usar as informações para outras finalidades. As gravações dos áudios serão mantidas em arquivo digital sob responsabilidade do pesquisador responsável por 5 anos conforme orientado pela resolução 466/2012.

3. POTENCIAIS RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesta pesquisa, o risco pode ser avaliado como mínimo para ordem de constrangimento, isto é, essa pesquisa pode apresentar como risco a quebra do sigilo, no entanto a pesquisadora garante o anonimato do indivíduo pesquisado, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Como a entrevista irá lidar com questões subjetivas e pessoais, pode causar desconforto emocional. Caso ocorra algum tipo de incômodo, o profissional entrevistado será respeitado e sua vontade em continuar, remarcar ou desistir de participar será acatada em qualquer momento. Por outro lado, são esperados os seguintes benefícios da participação na pesquisa: O estudo proposto visa assegurar aos participantes da pesquisa benefícios de retorno social e acadêmico, pretendendo contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a partir de um melhor entendimento sobre a prática odontológica centrada na pessoa, família e comunidade no atendimento odontológico.

4. GARANTIA DE SIGILO: os dados da pesquisa serão publicados/divulgados em livros e revistas científicas. Asseguramos que a sua privacidade será respeitada e o seu nome ou qualquer informação que possa, de alguma forma, o (a) identificar, será mantida em sigilo. O (a) pesquisador (a) responsável se compromete a manter os dados da pesquisa em arquivo, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

5. LIBERDADE DE RECUSA: a sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se desejar sair da pesquisa você não sofrerá qualquer prejuízo.

6. CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: a participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, nos termos da Lei.

7. ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Caso você concorde em participar, as páginas serão rubricadas e a última página será assinada por você e pelo(a) pesquisador(a). O(a) pesquisador(a) garante a você livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Você poderá ter acesso a pesquisadora Cristina Pinto de Souza Paulo pelo telefone (21) 996590932 ou pelo e-mail: cre_psp@hotmail.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, AV. VINTE E OITO DE SETEMBRO, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala 28, prédio anexo ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, Telefone: 21 2868-8253 - E-mail.: cep@hupe.uerj.br. Atendimento ao público de segunda-feira a sexta-feira das 13:00-16:00h.

CONSENTIMENTO

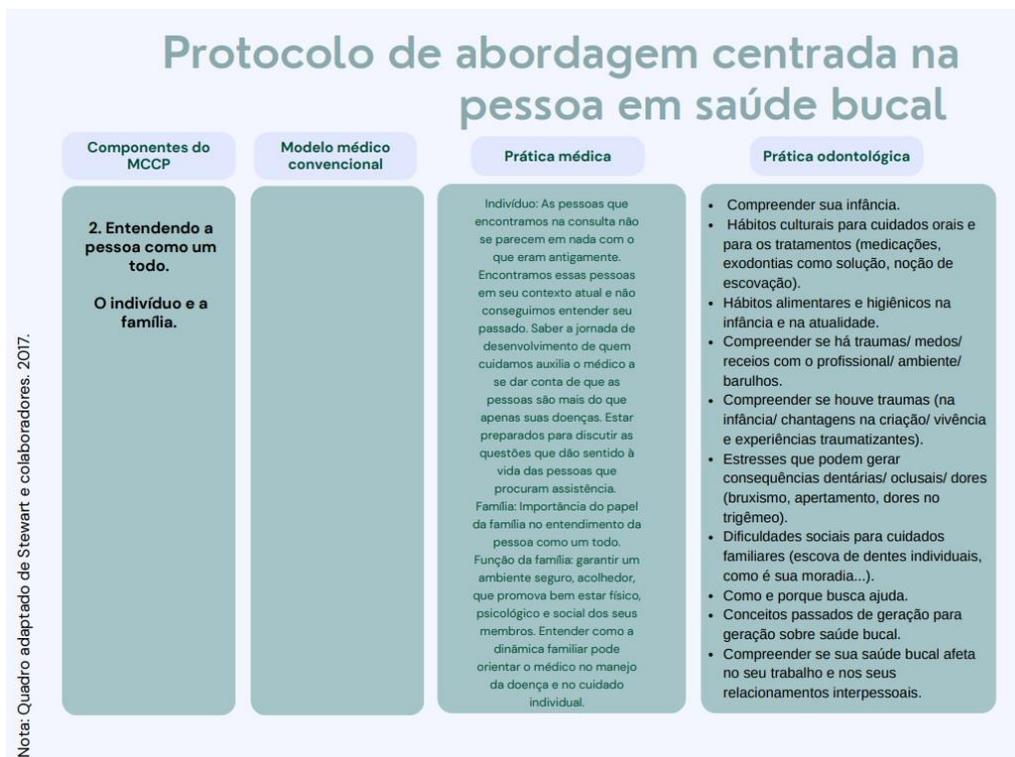
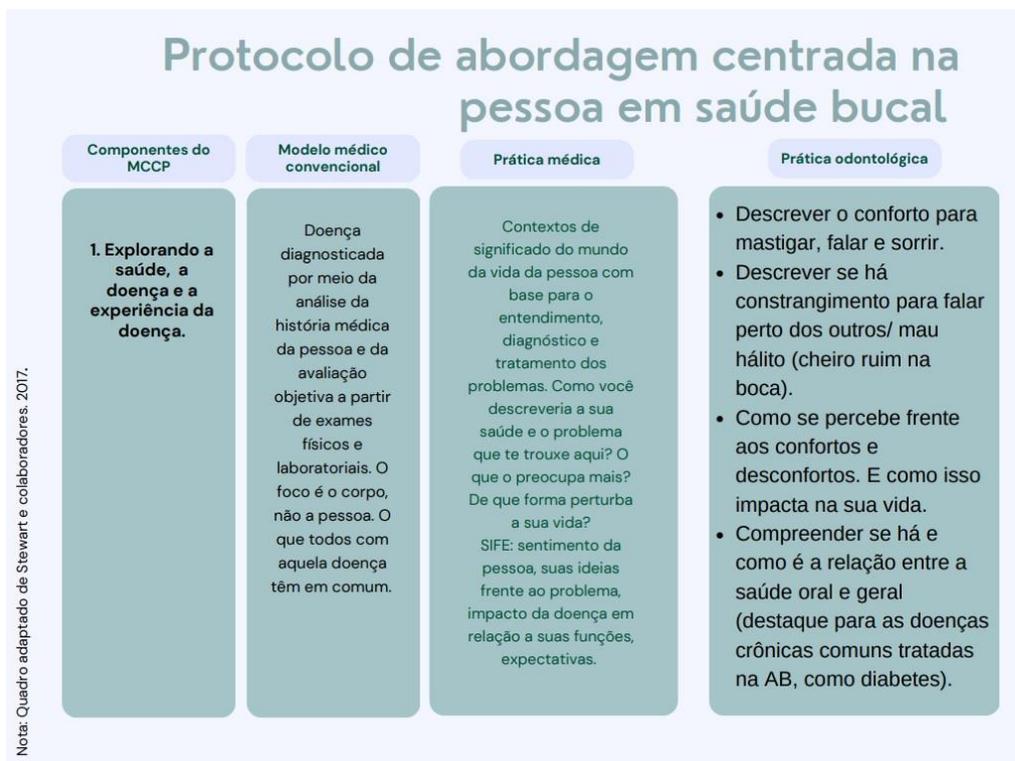
Eu, _____ li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante	Data: ___/___/___
-------------------------------	-------------------

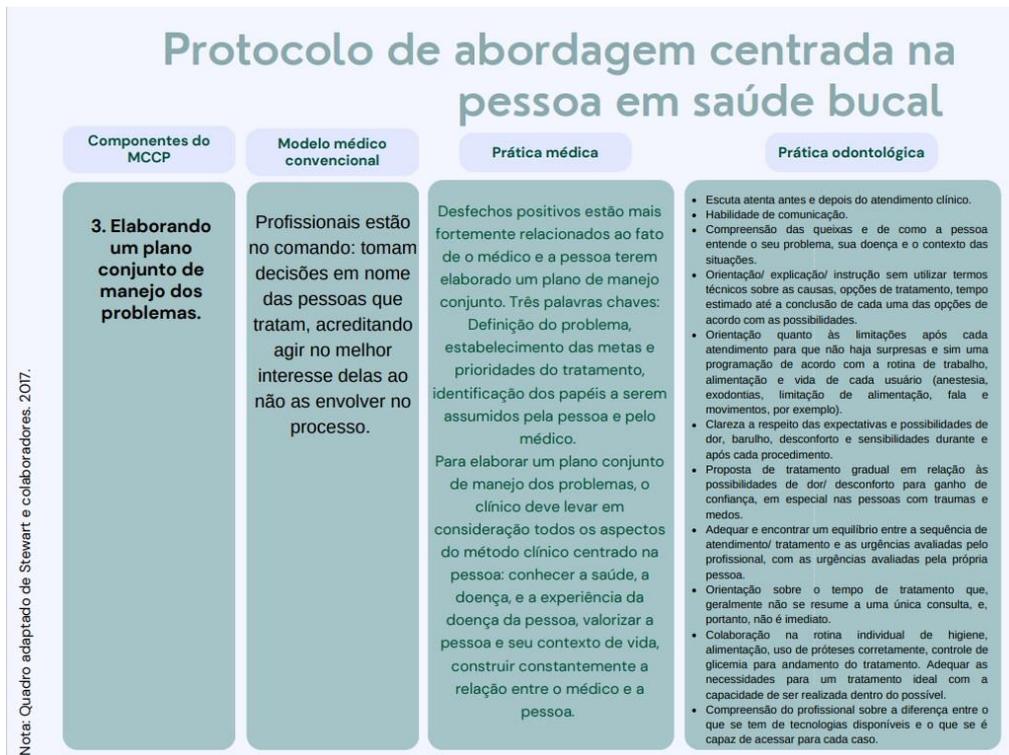
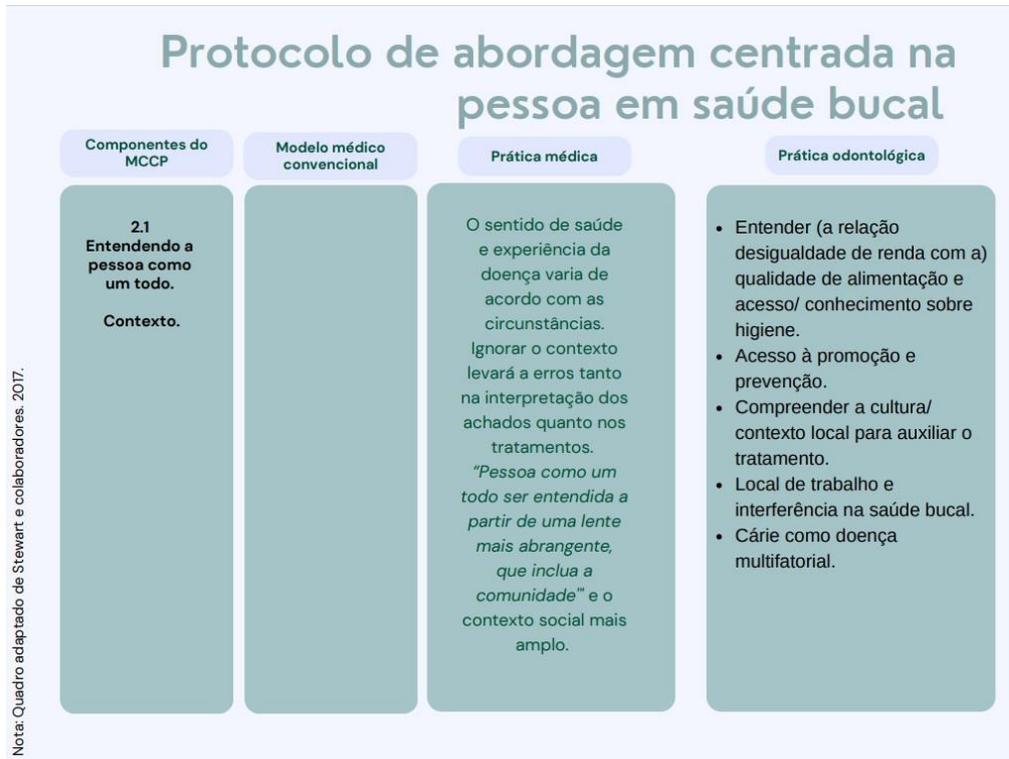
Eu, _____ obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do(a) participante da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a)	Data: __/__/____
---------------------------------	------------------

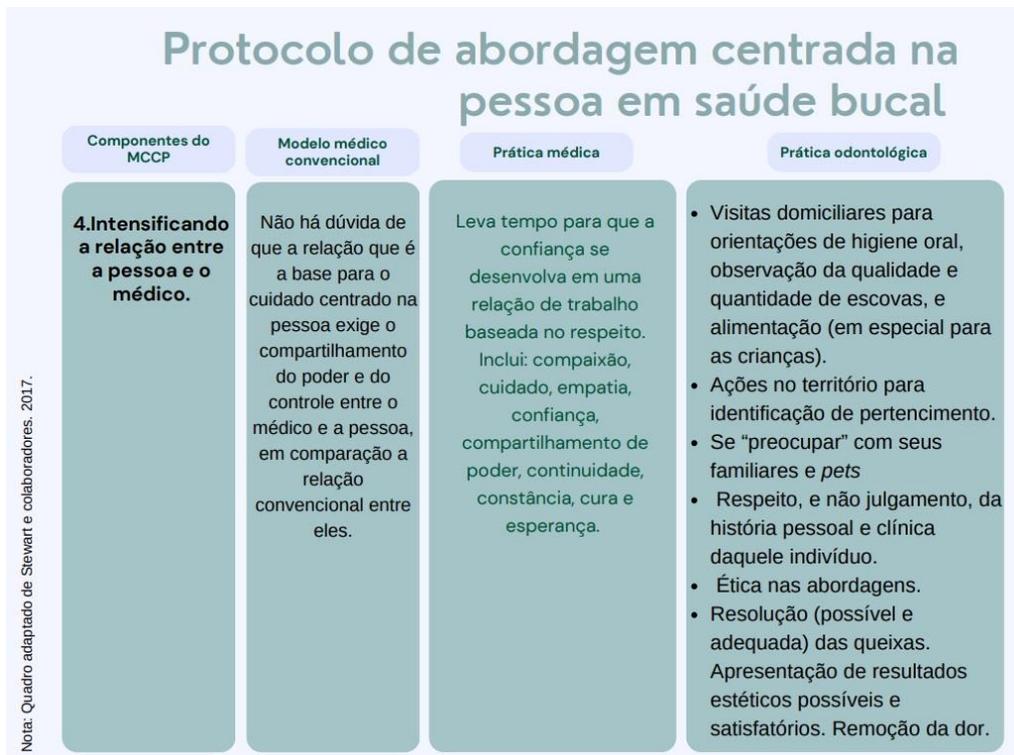
APÊNDICE C – Protocolo de abordagem centrada na pessoa em saúde bucal



APÊNDICE C – Protocolo de abordagem centrada na pessoa em saúde bucal



APÊNDICE C – Protocolo de abordagem centrada na pessoa em saúde bucal



APÊNDICE D: Guia para uma anamnese odontológica dialógica

Guia para uma anamnese odontológica dialógica



O que te traz aqui?

O que você está sentindo?

É a primeira vez que vem ao dentista?
 Teve acesso na infância?
 Como isso está afetando na sua vida?
 Como está sua saúde bucal?
 Como a sua saúde bucal afeta a sua vida?
 Tem dificuldade para mastigar, conversar, beijar?
 Tem dor, sangramento, desconforto? Tem dificuldade para mastigar de algum lado?
 Sente mau hálito?
 Tem algum medo ou receio?
 Já foi anestesiado?
 Já tirou algum dente?

Como está sua saúde geral?

Toma alguma medicação para tratar algum problema? Qual?
 Está gestante ou teve bebê recentemente? Quanto tempo tem seu bebê? Amamenta ou dá alimentos industrializados? (explorar a condição do aleitamento e cuidados com o bebê e filhas, relação com a família, etc)

Como é sua rotina? Seu dia a dia?

Trabalha com o que?
 Mora com quem? Em qual microárea?
 O que você costuma comer no seu dia a dia? Gosta de doces? Com que frequência costuma comê-los?
 Como você costuma limpar sua boca?
 Esses instrumentos são só seus ou eles são compartilhados?
 O que você usa para limpar a boca?
 Quantas vezes ao dia você costuma limpar a boca?

Você está satisfeito com o aspecto da sua boca? Como você avalia seus problemas bucais?

O que você espera sobre a realização do seu tratamento bucal?

Fonte: Elaborado pela autora.