



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

BRUNA DA COSTA GUEDES DE ARAUJO

**A CONSTRUÇÃO DOS VÍNCULOS E A PRÁTICA DO
CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA**

PIRACICABA
2021

BRUNA DA COSTA GUEDES DE ARAUJO

**A CONSTRUÇÃO DOS VÍNCULOS E A PRÁTICA DO
CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba da
Universidade Estadual de Campinas como parte
dos requisitos exigidos para obtenção do título
de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO PELA ALUNA BRUNA DA COSTA
GUEDES DE ARAUJO E ORIENTADA PELA PROFA.
DRA. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

PIRACICABA
2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

Ar15c Araujo, Bruna da Costa Guedes de, 1996-
A construção dos vínculos e a prática do cirurgião-dentista na Atenção Básica
/ Bruna da Costa Guedes de Araujo. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Humanização da assistência. 3. Atenção primária à saúde.
4. Educação em saúde. I. Queluz, Dagmar de Paula, 1961-. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Oral health

Humanization of assistance

Primary health care

Health education

Titulação: Cirurgião-Dentista

Data de entrega do trabalho definitivo: 17-05-2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Maria Inês e à Conceição (*in memoriam*), meu amuleto e minha fé.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Campinas, pelos programas de permanência estudantil, os quais permitiram minha permanência na faculdade e a realização de um sonho.

A todos os meus professores, do primário à graduação, por me apresentarem a infinitude e o poder da educação como formadora de sujeitos e mundos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz, a quem admiro muito, pelo auxílio, com animosidade e solicitude, na condução deste trabalho diante de todas as limitações e dificuldades resultantes do momento atípico pelo qual passamos.

Aos meus queridos pacientes da graduação, pela confiança e parceria na Clínica.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, por proporcionarem ótimas conversas nos corredores da FOP, e por muitas vezes, oferecerem palavras que me acalmaram e permitiram que eu construísse outra postura sobre os desafios do cotidiano.

A minha mãe, Maria Inês e minha avó, Conceição, contadoras de histórias incríveis, cuja força e bom-humor me inspiram todos os dias. Obrigada pelo cuidado e amor incondicional, pela paciência e por acreditarem em mim.

As minhas irmãs, Renata e Mariana, por me ensinarem sobre bondade, delicadeza e justiça. Obrigada por estarem sempre comigo, vocês são as melhores pessoas desse mundo!

Aos meus sobrinhos Thaís, Cauã e Enzo, por me tornarem criança de novo e despertarem em mim o instinto de odontopediatra. Amo vocês.

Aos meus amigos de longa data, Allana, Bruno e Larissa, a quem recorri por diversas vezes e certamente me conhecem melhor do que eu mesma.

As minhas amigas e amigos que (re)conheci na faculdade e fizeram de Piracicaba um lar. Eu não teria conseguido sem vocês, em especial, àqueles que dividiram uma casa, uma república e um apartamento comigo.

Suspender o céu é ampliar nosso horizonte (...)
Então, talvez o que a gente tenha de fazer é
descobrir um paraquedas.
Não eliminar a queda, mas inventar e fabricar
milhares de paraquedas.

(Ailton Krenak)

RESUMO

A Saúde Bucal Coletiva no Brasil é o resultado de diversas lutas sociais para superar o modelo biomédico enraizado na odontologia. O vínculo na Atenção Básica, como ferramenta relacional para um atendimento humanizado, permite que as práticas em saúde potencializem as subjetividades dos envolvidos para que estes se tornem capazes de criarem mecanismos de enfrentamento dos problemas, mas sobretudo, que protagonizem o cuidado em saúde como reafirmação da vida. Este trabalho teve como objetivo uma revisão da literatura para identificar as fragilidades e potências no processo de trabalho do cirurgião-dentista que interferem na construção dos vínculos na Atenção Básica, sob a perspectiva do contexto histórico da saúde bucal no Brasil e das tecnologias relacionais. Conclui-se que o vínculo entre o cirurgião-dentista e os demais sujeitos atuantes na Atenção Básica é um processo em permanente construção, o qual apresenta potências evidenciadas na educação permanente e no apoio matricial, mas também fragilidades presentes na prática interdisciplinar, nas visitas domiciliares e nas condições de trabalho. Assim, faz-se necessário novas pesquisas que contribuam para a avaliação e desenvolvimento do vínculo e outras tecnologias relacionais em saúde, a fim de produzir e ressignificar o cuidado para o usuário e para a comunidade.

Palavras-chave: Saúde bucal. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

Collective Oral Health in Brazil is the result of several social struggles to overcome the biomedical model rooted in dentistry. The bond in Primary Care, as a relational tool for humanized care, allows health practices to enhance the subjectivities of those involved so that they become able to create mechanisms for coping with problems, but above all, to protagonize health care as a reaffirmation of life. This study aimed to review the literature to identify the weaknesses and strengths in the dentist's work process that interfere in the construction of bonds in Primary Care, from the perspective of the historical context of oral health in Brazil and of relational technologies. It is concluded that the bond between the dental surgeon and the other subjects working in Primary Care is a process in permanent construction, which has strengths evidenced in permanent education and matrix support, but also weaknesses present in interdisciplinary practice, in home visits and working conditions. Thus, it is necessary to carry out new research that contributes to the evaluation and development of the bond and other relational technologies in health, in order to produce and reframe the care for the user and for the Community.

Key Words: Oral health. Humanization of assistance. Primary health care. health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PROPOSIÇÃO	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	16
3.1.1 A trajetória da saúde bucal no Brasil	18
3.2 TECNOLOGIA LEVE NAS PRÁTICAS EM SAÚDE	21
3.2.1 Dispositivo de escuta qualificada	25
3.2.2 A dialógica na prática em saúde	26
3.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA	29
3.3.1 Vínculo com o usuário	31
3.3.2 Vínculo com a equipe	34
3.3.3 Condições de trabalho	37
4 DISCUSSÃO	40
5 CONCLUSÃO	45
6 REFERÊNCIAS	46
ANEXOS 1 – VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO	58

1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista a necessidade de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) para convergir a prática dos seus princípios em saúde como seguridade social (Paim, 2009), o Ministério da Saúde, instituiu em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) (Brasil, 2012). A implantação desse modelo visa uma reorganização dos processos de trabalho em saúde, que além de estimular ações intersetoriais, ressignifica a relação saúde-doença, ampliando o conceito para além de uma visão biomédica restritiva, sendo possível repensar uma linha de cuidado que considera como fator determinante de saúde, as singularidades individuais e coletivas, ou seja, o contexto psicossociocultural em que estão inseridos os usuários do sistema de saúde (Pinheiro e Oliveira, 2011; Brasil, 2012; Fonsêca et al., 2016). A ESF se tornou um mecanismo para promover o compartilhamento da responsabilidade do cuidado com todos os atores que compõem esse espaço de produção de saúde, onde os saberes populares se unem com os científicos e possibilita a aproximação entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 2015). Com base em seus princípios e objetivos, a participação dos usuários se torna essencial para a eficácia da estratégia, por consequência, a reorganização dos processos em saúde orienta-se sob uma nova ótica: a do vínculo (Santos et al., 2008; Coelho e Jorge, 2009; Pinheiro e Oliveira, 2011).

O vínculo na área da saúde é “o processo que ata ou liga” as relações existentes naquele espaço social de forma ética e afetiva (Brasil, 2010), construído a partir do encontro entre as subjetividades de cada sujeito e delimitado pela capacidade de gerar entendimento e cuidado através dessa aproximação (Teixeira, 2005; Brasil, 2010; Seixas et al., 2019). No intuito de trabalhar com as subjetividades em todas as instâncias do SUS e promover ações solidárias e acolhedoras para produção em saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS. Entre suas orientações gerais, salienta-se a valorização dos profissionais da saúde e a transversalidade do serviço, buscando o fortalecimento das equipes multiprofissionais (Brasil, 2010).

Complementa-se à proposta da integralidade do cuidado, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), (Brasil, 2004). Na intenção de alterar a lógica mutiladora da odontologia perpetuada por anos, a política busca instaurar a promoção

da saúde como eixo de atenção (Brasil, 2004; Aquilante e Aciole, 2015) e a ampliação do acesso do cuidado à saúde bucal (Brasil, 2004; Costa Júnior, 2019). Entre as medidas, a PNSB resultou no aumento contundente do número de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (AB) (Chaves et al., 2017). No entanto, Costa Júnior (2019) aponta que a ampliação da oferta dos serviços odontológicos não foi capaz de criar algo mais intrínseco como uma “rede de atenção” em saúde bucal e para Santos e Assis (2006) e Pinheiro e Oliveira (2011), a alta demanda se tornou uma barreira para conciliar a construção do vínculo com o trabalho técnico do consultório. Devido à dependência das tecnologias duras, ou seja, das máquinas e equipamentos (Fonsêca et al., 2016; Graff e Toassi, 2018), a percepção do cirurgião-dentista sobre o acolhimento no consultório tende a se limitar ao processo de triagem (tecnologia leve-dura) (Pinheiro e Oliveira, 2011) ou ficar restrita aos procedimentos técnicos e portanto, presa à disponibilidade de equipamentos, insumos e à estrutura física do seu espaço de trabalho (Gonçalves e Ramos, 2010).

Sobre as condições de trabalho, Merhy e Franco (2003) alertam que a motivação do profissional é um suporte que fundamenta as inter-relações, portanto, os recursos humanos podem se tornar uma vulnerabilidade no programa se houver fragilização dos vínculos de trabalho. A rotatividade frequente dos profissionais, a contratação de forma precária e a descontinuidade da capacitação são fatores que interferem na qualidade dos serviços da atenção básica (Lacaz et al. 2010; Gonçalves e Ramos, 2010; Mattos et al., 2014; Costa Júnior, 2019).

Outro entrave para a construção do vínculo entre o cirurgião-dentista e os demais atores da AB é a integração com os outros profissionais da ESF (Baldani et al., 2005; Narvai, 2006; Pires e Botazzo, 2015). A participação tardia prejudicou a integração multiprofissional e influenciou o seu processo de trabalho (Baldani et al., 2005) e a falta de vivência a respeito dessa forma de organização ao longo das atividades clínicas e durante a formação acadêmica dificultaram a atuação dessa classe (Narvai, 2006; Gonçalves e Ramos, 2010; Mattos et al., 2014), refletindo, por consequência, na desvalorização do seu papel participativo nas reuniões intersetoriais para definir as ações no território (Aquilante e Aciole, 2015).

Apesar das dificuldades decorrentes da fragmentação das áreas biológicas e a tendência à separação da boca com o restante do corpo (Fonsêca et al., 2016;

2018), há indícios de uma preocupação crescente com a necessidade de redimensionar a prática em saúde (Ayres et al., 2012; Scherer et al., 2018), englobando as mais diversas áreas, como os estudos de fenômenos sociais, ferramentas orientadoras para a construção de uma rede de atenção em saúde eficiente e singular (Fonsêca et al., 2016).

A crescente proximidade do cirurgião-dentista com as tecnologias leves (Graff e Toassi, 2018; Fonsêca et al., 2018), que nada mais são do que ferramentas que consideram as subjetividades das relações interpessoais e ambientais para a produção do autocuidado (Merhy, 2002 citado por Lacaz et al., 2010), é um elemento potente para a transformação da atenção em saúde bucal (Merhy e Franco, 2003; Campos et al., 2014). Engendrar um espaço de escuta tem um impacto positivo para a resolutividade nas unidades da ESF (Maynart et al., 2014; Santos, 2019; Passos et al., 2020) pois possibilita a elaboração conjunta de ações específicas para cada contexto (Campos et al., 2014). Merhy e Franco (2003) complementam que a mudança em direção à integralidade ocorre na micropolítica dos processos de trabalho, espaço de encontro entre os sujeitos, com “a hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto”. Considerando que o trabalho em saúde é relacional e que ocorre no momento em que está sendo produzindo (Merhy e Franco, 2003; Hamraoui, 2014; Chagas e Abrahão, 2017), o trabalho vivo nada mais é do que o ato de produção criativo da saúde que considera o protagonismo dos atores envolvidos e integra suas subjetividades no momento de transformar o objetivo do trabalho cooperativo em objeto material ou simbólico (Faria e Araujo, 2010; Hamraoui, 2014).

Para a prática integrativa do cirurgião-dentista na ESF, o redirecionamento dos estágios na AB durante a graduação contribuiu para a aproximação da odontologia com a realidade de vida dos usuários (Roselino et al., 2019). Porém, é o trabalho cotidiano dentro das unidades de saúde que os cirurgiões-dentistas apontam como principal fator para o fortalecimento dos processos de educação contínua que permitem a criação do vínculo com os usuários (Graff e Toassi, 2018).

O trabalho de territorialização demonstrou ser um poderoso dispositivo para conhecer o contexto coletivo e individual da população e criar estratégias de cuidado resolutivas (Silveira Filho, 2002 citado por Pinheiro e Oliveira, 2011). A visita domiciliar

ainda é um recurso pouco utilizado no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB), mas deve assumir um papel de discussão em pesquisas futuras, pois demonstra ser um caminho de ressignificação para o cuidado em saúde bucal e a construção do vínculo com os usuários e com a própria equipe da ESF (De-Carli et al., 2015; Silva et al., 2020).

É, portanto, neste cenário de reorganização do processo de trabalho e das relações subjetivas que se caracteriza a atuação do cirurgião-dentista.

2 PROPOSIÇÃO

O presente estudo tem como objetivo uma revisão da literatura para identificar as fragilidades e potências no processo de trabalho do cirurgião-dentista que interferem na construção dos vínculos na Atenção Básica, sob a perspectiva do contexto histórico da saúde bucal no Brasil e das tecnologias relacionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Ao longo das últimas décadas, a Atenção Básica, considerada a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, passou por diversas reformulações do seu modelo assistencial a fim de superar o olhar biomédico sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2012), sendo este, um modelo focado no conhecimento anatômico e fisiológico, que conceitua a doença como sintoma do corpo físico, excluindo a relação desse corpo com as redes subjetivas e ambientais na qual ele está inserido (Czeresnia, 1999). Em oposição a ação biomédica resolutive que implica na ampliação acrítica da oferta de serviços de saúde, a reorganização do modelo assistencial une diversas tecnologias e técnicas para a promoção da saúde e enfrentamento dos problemas que atingem o usuário e a comunidade (Brasil, 2012).

A esse modelo que atende as necessidades sociais em saúde, destaca-se a priori, a lógica que orienta a ação (Arreaza e Moraes, 2010). Ao reorganizar a linha de atenção, as práticas em saúde se aproximam dos domicílios dos usuários, dos seus locais de trabalho, dos seus grupos e vínculos, componentes que dão significado de vida na forma coletiva e individual e que influenciam na qualidade dela e portanto, no efeito de promover, recuperar saúde e prevenir doenças (Paim, 2009; Costa et al., 2009). A territorialização não se tornou essencial somente no protagonismo da comunidade nas tomadas de decisões em saúde, que é um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), mas também possibilitou o olhar mais próximo para o contexto regional, seus problemas e potências específicos e portanto, a elaboração de ações concretas para a resolutividade das demandas ou diminuição do sofrimento dos usuários (Costa et al., 2009).

Ao ampliar o conceito de saúde como um estado de bem-estar biopsicossocial e a participação de uma equipe interprofissional na ESF, a Atenção Básica viabiliza uma rede de cuidado que busca a integralidade da saúde (Brasil 2012). Pensando em reafirmar a qualificação das práticas do cuidado e a renovação dos processos de trabalho no cotidiano da AB, a Política Nacional de Humanização (PNH), de 2004, visa promover o diálogo contínuo entre gestores, profissionais e

usuários e criar espaços acolhedores para a realização desses encontros e trocas, a fim de garantir o direito à saúde dos usuários e a valorização dos profissionais (Paim, 2009; Brasil, 2015; Souza e Mauricio, 2018). O recurso humano como potência é o ponto central da PNH, pois articula para um protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos nas intervenções em saúde (Heckert et al., 2009).

Para explicar a reorganização na rede de atenção, Santos e Assis (2006) promovem uma analogia entre a integralidade em saúde e a Física: a partir de um feixe de luz que ao atravessar um prisma divide-se em várias cores e ao se unirem novamente, restauram a energia inicial do feixe, o mesmo ocorre com a potência da integralidade, que também pode ter a energia dos seus dispositivos de mudanças refletidos ou absorvidos nos diversos setores de organização da sociedade, produzindo ou não, de acordo com sua capacidade de se entremear naquele espaço, novas perspectivas.

Dentre os dispositivos que Santos e Assis (2006) pontuam como componentes da integralidade está o vínculo, um conceito central também presente para Ayres (2009) ao se referir sobre o mesmo tema. Em seu trabalho, Ayres corrobora que a integralidade é um conceito a ser modificado e discutido continuamente, apresentando-se como um desafio de responder “como e o quê” fazer das práticas em saúde para atender a todos e ao mesmo tempo, as demandas de cada um. Sobre seus componentes ao qual ele nomeia por “eixos”, o vínculo acentua-se como elemento central em dois deles: o “eixo das necessidades” e o “eixo das interações”. O primeiro refere-se à “natureza e qualidade da escuta”, na construção de mecanismo que possibilitem o desenvolvimento da sensibilidade por parte do profissional da saúde para que a comunicação com o usuário não se restrinja a um discurso informativo e limitado à doença. E o segundo diz respeito à “qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado” (Ayres, 2009).

No contexto da saúde bucal, o vínculo como ferramenta para a integralidade do cuidado permanece como um saber em construção (Santos et al., 2008). Antes de compreender como o processo de trabalho do cirurgião-dentista pode favorecer ou limitar as potencialidades geradas nas relações dentro da ESF, a trajetória histórica da saúde bucal no Brasil (Mendes, 1986; Emmerich e Castiel, 2009;

Bleicher e Bleicher, 2016) e o conceito do vínculo como catalisador do desenvolvimento de ações e posturas em prol da produção de saúde (Teixeira, 2005; Santos et al., 2008) serão examinados.

3.1.1 A trajetória da saúde bucal no Brasil

A dificuldade em avançar a respeito da criação do vínculo é também uma realidade do trabalho em saúde bucal na Atenção Básica (Aquilante e Aciole, 2015; Scherer et al., 2018). O modelo histórico da atuação do cirurgião-dentista tem uma natureza curativa ao tratar a saúde-doença pautada em uma relação paternalista e verticalizada (Narvai, 2006), refletindo também na desassociação da boca com o restante do corpo (Mendes, 1986; FôNSECA et al., 2016).

A história da odontologia no Brasil é, segundo Bortoli et al. (2019), uma composição de mudanças em sua prática e técnica de cuidado com os dentes e educação em saúde bucal. A formação dos cirurgiões-dentistas foi institucionalizada em 1884, mas muito antes, já era uma prática difundida pelos portugueses e efetuada por barbeiros-cirurgiões (Bortoli et al., 2019). Marcada por um viés tecnicista e biomédico, a odontologia era completamente excludente do contexto social (Emmerich e Castiel, 2009), tornando a condição bucal passiva de total responsabilização do indivíduo (Mendes, 1986).

Com a emergência do Industrialismo no final do século XIX e início do século XX, surge uma vertente da medicina baseada nos ideais da época, apresentando-se como um cuidado centrado no mecanicismo, individualismo, biologismo e especialização (Mendes, 1986). A aplicação desse formato refletiu também na odontologia, denominada como “flexneriana” ou científica, a qual as práticas odontológicas seguiam os preceitos de valorização da tecnologia dentro do processo de trabalho (Emmerich e Castiel, 2009).

Nos anos 30, a associação do modelo biomédico com a limitação de atenção à saúde bucal a grupos específicos como trabalhadores conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) apenas reforçou a ideia de saúde ligada ao mercado econômico e ao papel curativista da odontologia (Nickel et al., 2008). Em 1952, baseada nos preceitos da odontologia sanitária

difundida por Chaves (Narvai, 2006), os serviços públicos odontológicos prestados pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), apostaram no Sistema Incremental, que propunha a prevenção e recuperação da saúde bucal dos escolares de 6 a 14 anos de idade focado no método restaurador. Ainda que houvesse uma preocupação preventiva no atendimento infantil e um avanço ao sistematizar o atendimento além da livre demanda já existente, a intervenção nesse grupo não foi eficaz para contribuir com mudanças imediatas como o índice de CPOD, pois o número de dentes cariados foi apenas substituído pelo número de dentes restaurados (Nickel et al., 2008). As mudanças a longo prazo demonstraram-se irrelevantes também, já que a prática excluía grupos de faixa-etárias diferentes e tentava resolver o acúmulo de diversos fatores agravantes da doença cárie em um curto espaço de tempo (Pauleto et al., 2004; Nickel et al., 2008).

Na década de 70, o modelo flexneriano, começa a demonstrar sinais de fracasso por sua ineficácia, desigualdade de acesso e resultados iatrogênicos (Nickel, et al., 2008; Sanchez et al., 2015). Mendes (1986) acrescenta que na tentativa de ampliar o acesso para estabelecer uma alta produtividade, os recursos físicos e técnicos foram simplificados e barateados. No entanto, a mudança para o que se conceituou como odontologia simplificada não amenizou os problemas já existentes, o fator desigualdade foi acentuado, pois o tratamento ofertado para as classes mais pobres era de qualidade inferior e apesar do novo modelo buscar uma prática preventiva, a atuação curativista continuava predominante (Mendes, 1986). A odontologia simplificada demonstrou-se igualmente ineficiente pela incapacidade de questionar a prática hegemônica do modelo científico e por não buscar novas perspectivas para alterar a estrutura da produção em saúde bucal e apenas racionalizar o processo já existente (Mendes, 1986; Nickel et al., 2008). Entretanto, como Bleicher e Bleicher (2016) mencionam, essa fase foi responsável por avanços significativos para os recursos humanos no campo da odontologia, pois foi capaz de demonstrar que qualidade não era sinônimo de sofisticação do trabalho e contribuiu para a descentralização dos saberes com a participação sistematizada de uma equipe.

No final dos anos 80, novas abordagens surgiram para superar o caráter excludente e discriminatório da odontologia simplificada (Mendes, 1986; Nickel et al., 2008). Com a redemocratização do país e a formulação dos princípios e doutrinas da

Reforma Sanitária (Paim, 2009), a saúde bucal coletiva se projeta como uma alternativa inovadora, uma substituta da hegemonia até então presente para alcançar um novo paradigma profissional (Mendes, 1986). Um modelo pautado na simplificação do trabalho, preservando a sofisticação que tenha evidências de sua eficácia, na atitude preventiva, que garanta um olhar integral para a saúde e na desmonopolização dos saberes técnicos e científicos (Mendes, 1986; Bleicher e Bleicher, 2016).

Para entender a que se propõe a saúde coletiva, Bleicher e Bleicher (2016), de acordo com os fundamentos formulados por Botazzo (1991), aplicam que esse modelo engloba os fatores determinantes do processo saúde-doença que extrapolam o que é fisiológico, o rompimento com o processo de trabalho isolado do cirurgião-dentista e com a monopolização dos saberes, além da participação ativa do coletivo. Segundo Narvai (2006), a ruptura com a odontologia de mercado é um processo a partir do trabalho odontológico voltado para a soberania das necessidades das pessoas sob a mercantilização dos recursos e acesso restrito a pequenos grupos privilegiados. O autor ainda retoma a discussão sobre a integralidade com a afirmação de Botazzo (2006), que potencializa as infinitas alternativas para produzir saúde, já que esse estado não se limita ao conhecimento clínico e a teoria odontológica isolada não consegue reabilitar ou recuperar o homem por inteiro.

Mesmo após a transformação na concepção de atenção à saúde (Mendes, 1986; Narvai, 2006; Nickel, 2008) e a implementação da PNSB em 2004, que ampliou o número das ESB na ESF e possibilitou novas formas de organização do trabalho (Brasil, 2004), alguns estudos (Peres et al., 2012; Moysés et al. 2013; Scarparo et al. 2015) questionam o impacto real dessa política na saúde bucal das populações mais vulneráveis e Bulgareli et al. (2014) complementam que permanece em discussão a mudança no serviço prestado, pois os procedimentos coletivos e preventivos individuais na AB ainda demonstram-se insuficientes. Torna-se evidente que alguns paradigmas das práticas odontológicas do século passado permanecem presentes no processo de trabalho do cirurgião-dentista (Narvai, 2006; Emmerich e Castiel, 2009). Emmerich e Castiel (2009) fomentam a discussão ao formularem um questionamento ainda atual: “Seremos capazes de evitar que a odontologia seja universalmente uma profissão descontextualizada, sem objetivos coletivos, desumana e particularizada?”

Para Barros e Botazzo (2011), a mudança no processo de cuidado deve procurar a descentralização dentária e operatória que muitas vezes antecede o diagnóstico e a terapêutica. A partir da exploração das tecnologias de acolhimento e vínculo associada à lógica da promoção da saúde, a atenção básica ressignifica o processo saúde-doença e a função social da boca (Narvai, 2006; Barros e Botazzo, 2011).

Bulgareli et al. (2014) analisaram a resolutividade nas diferentes formas organizacionais de AB no município de Marília (SP), tanto as unidades de ESF quando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e concluíram maior efetividade dos serviços prestados pela ESF. A diferença de resolutividade de procedimentos odontológicos iniciados entre os dois modelos de AB foi de mais de 40%. Os autores desse estudo relatam que o modo singular de atenção proposto pela ESF pode ser um dos fatores determinantes para o resultado significativo. A reorganização do trabalho, a responsabilização sobre a saúde, a produção do cuidado e do vínculo resultam na construção de um espaço que assegure a subjetividade dos atores, seja usuário ou profissional, impactando de forma positiva na produção do trabalho em saúde (Santos e Assis, 2006; Graff e Toassi, 2018). Barros e Botazzo (2011) corroboram com esse preceito ao afirmarem que a AB é “um espaço com potencial gerador de encontros e produção de subjetividades”.

3.2 TECNOLOGIA LEVE NAS PRÁTICAS EM SAÚDE

A produção de saúde é estruturada pelos dispositivos tecnológicos que podem ser materiais ou não, resultando em um determinado modo de agir para ofertar produtos que potencializem em algum nível a saúde coletiva ou individual (Merhy e Franco, 2003). A Composição Técnica do Trabalho (CTT) é descrita como a relação dinâmica entre o “Trabalho Morto” e o “Trabalho Vivo” no núcleo tecnológico que ampara o profissional da saúde. Ainda que sejam duas vertentes que se complementam e dialoguem continuamente, os autores dispõem para ações em saúde que promovam a hegemonia do “Trabalho Vivo”. Enquanto o “Trabalho Morto” refere-se ao técnico, o trabalho centrado no uso de instrumentais, também nomeado como “tecnologia dura”, o seu oposto é o processo de trabalho realizado no ato,

centrado na tecnologia das relações, portanto, na “tecnologia leve”. Sobre o “Trabalho Vivo”, salienta-se duas dimensões para sua compreensão, a que se orienta pela atividade construtora da produção de bens e sua finalidade, “para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?” e a dimensão centrada no produtor e nas relações que ele criará com o próprio produto, com os usuários que o consomem e com outros profissionais que o ajudam a produzi-lo (Franco e Merhy, 2006).

Ao modificar o processo de trabalho, há um afastamento do modelo biomédico hegemônico, centralizado na produção de procedimentos operatórios (Narvai, 2006), para a concepção da atenção à saúde com fontes criativas, valorizando a participação de todos os atores que tem o poder da tecnologia leve, independente da sua formação ou profissão (Merhy e Franco, 2006). Pensar no trabalho em saúde como um processo de atenção e não de assistência (Nickel et al., 2008) e orientá-lo pela estratégia de qualificação da AB é fundamental para a implementação de qualidade das políticas públicas, pois é o trabalho e o seu agente que orientam a atenção à saúde no cotidiano (Barros e Botazzo, 2011).

O encontro, a disputa e a negociação de interesses entre profissionais e usuários, governo e mercado, geram um espaço de tensão, mas é nele que se articula a produção em saúde (Merhy e Franco, 2003; Teixeira, 2005; Seixas et al., 2019). Com a operação de tecnologias relacionais proposta por Merhy e Franco (2003), a produção da saúde a partir dessas assimetrias sociais e políticas, é desenvolvida através da validação dos interlocutores, que estabelece uma relação de simetria, não por tentar construir uma harmonia entre as subjetividades de cada um, mas por provocar a desconstrução das barreiras entre esses atores (Seixas et al., 2019), sendo o vínculo e o afeto, as ferramentas possíveis para tornar perceptível a potencialidade do outro (Teixeira, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispõe que o vínculo é uma articulação de corresponsabilização e afetividade nas relações entre trabalhadores e usuários a promover a “longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2012; Seixas et al., 2019). Pinheiro e Oliveira (2011) ressaltam, a partir do conceito formulado por Silva Júnior e Mascarenhas (2004), as dimensões da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade que configuram o vínculo, dimensões que requerem o interesse e motivação do profissional sobre seu próprio trabalho e sobre o outro, com quem se

estabelecerá uma relação que integra o processo terapêutico. Se for conquistada a continuidade desse encontro, ocorre o fortalecimento da relação de confiança entre profissional e usuário e por consequência, o vínculo (Pinheiro e Oliveira, 2011). Brunello et al. (2010) apontam que a capacidade do vínculo de fortalecer laços duradouros, resulta na determinação de melhores opções terapêuticas para o usuário, devido ao conhecimento aprofundado da sua história. É, portanto, um dispositivo que veicula saberes de diversos campos do conhecimento humano e os convertem em atos terapêuticos acordados com as singularidades coletivas e individuais (Santos et al., 2008).

No aspecto da responsabilização da saúde por todos os atores envolvidos, Oliveira et al. (2008) partem da concepção da comunicação eficiente, na qual surgem possibilidades de construir uma rede de cuidado simétrica entre profissional e usuário, de forma que todos estejam comprometidos em transformar o processo de saúde. É através desse processo de aprendizagem e empoderamento que a responsabilidade se torna compartilhada, pois há um entendimento do usuário como sujeito e a mudança de postura sobre sua própria saúde permite que ele reconheça seus direitos e potências (Oliveira, et al., 2008). Para Sevalho (2016), quando a população não tem seus conhecimentos e cultura subjugados pelos profissionais, ela se torna autoconsciente e capaz de agir sobre sua própria realidade, manifestando os problemas da comunidade para que o planejamento das intervenções em saúde se adeque as suas especificidades.

Já a afetividade, é a potência dos corpos em ato, o conceito se entrecruza com o vínculo na construção das “redes de trabalho afetivo”, pois são os afetos de confiança que envolvem e firmam o vínculo nessas redes de saúde produtoras de subjetividades, formas de vida e encontros sociais (Teixeira, 2005). Simultaneamente, são os vínculos que possibilitam a circulação dos afetos pelas redes (Barbosa e Bosi, 2017).

Para compreender de que forma os vínculos se dão nos encontros, Teixeira (2005) se baseia na filosofia espinosana para analisar as interações nos espaços de potências individuais e comunitárias. O primeiro encontro trata do afeto provocado pelo reconhecimento do outro, é a primeira impressão ou “relação de primeiro gênero”, podendo ou não, gerar empatia. Oliveira et al. (2008) relatam que esse momento é

crucial para definir se o usuário será participativo na produção da sua saúde, pois é partir desse encontro que ele expressará suas necessidades.

Desses diálogos iniciais, explora-se o que convém no outro, as similaridades e o que se espera encontrar, esse espaço é denominado como “zona de comunidade”. Nela, se ocorrer a busca conjunta por afinidades, o encontro entre os sujeitos é transferido para a “relação de segundo gênero” (Teixeira, 2005). Em analogia a relação usuário-profissional da saúde, a assimetria entre o que uma das partes demanda e a outra porta os meios para oferecer solução é o que caracteriza o “conhecimento adequado”, ou seja, noções das necessidades e ofertas desse encontro. Dessa forma, desenvolve-se o afeto de confiança, uma potência fundamental para superar dificuldades futuras dessa relação (Teixeira, 2005).

Os afetos de confiança podem potencializar a relação durante os momentos críticos, mas não oferecem o conhecimento necessário para aceitar o outro em toda sua complexidade. A transformação da confiança em acolhimento é o que define a relação de “terceiro gênero”, na qual as diferenças são reconhecidas, incluindo o que não convém, correspondente à “zona de singularidade” (Teixeira, 2005). A transição para o acolhimento consolida a cumplicidade no sentido de “sofrer com” e não “ter pena de”, concerne em assumir pactos com o outro, possuidor de saberes e expectativas diferentes, mas que por suas singularidades, é responsável pela terapêutica construída nesse espaço de potências que é compartilhado por usuário e trabalhadores (Teixeira, 2005; Seixas et al., 2019). É esse modelo de saúde que integra as emoções e afetos pelo qual advogam Merhy e Franco (2003). Segundo os autores, o “Trabalho Vivo” garante a integralidade do cuidado através das “linhas de atenção”. Dessa forma, os trabalhadores da saúde, construtores do vínculo criado, se responsabilizam por garantir o trânsito do usuário pela rede, no intuito de acolher suas demandas (Merhy e Franco, 2003). Deslandes (2004), em seu estudo sobre a humanização na área da saúde, reafirma a relevância do emprego das interações como uma ferramenta combativa contra a violência psicológica ou física que podem ser reproduzidas no atendimento.

3.2.1 O dispositivo de escuta qualificada

A escuta qualificada é um instrumento a romper com a prática desumanizada produzida historicamente pelas relações de poder entre profissional e usuário (Santos, 2019). Ayres (2009), refere-se a escuta como “eixo das necessidades”, no qual o impulso central é o ato de se sensibilizar pelo outro. Nesse sentido, o profissional da saúde deve ser capaz de oferecer respostas que não se limitem ao fisiológico, mas que “mergulhem” nas subjetividades e singularidades das manifestações do usuário (Ayres, 2009; Maynard et al., 2014). Por se caracterizar como um mediador do acolhimento e construção de vínculos, a escuta aciona a sensação de disponibilidade e compromisso durante o encontro (Silva e Romano, 2015). Através da comunicação que considera as percepções do usuário sobre formas de vida e saúde, a escuta ativa, também denominada como qualificada ou sensível, concebe um espaço nas redes de atenção para que esse sujeito possa compartilhar seus saberes, necessidades e receber com transparência, respostas válidas sobre suas demandas (Oliveira, et al., 2008).

Maynard et al. (2014) determinam que a comunicação em saúde é estabelecida por habilidades não-seletivas e seletivas de escuta. As não-seletivas se referem à análise das expressões verbais ou não-verbais do usuário. Já as seletivas são praticadas através das perguntas abertas, que permitem o estreitamento dos laços afetivos a partir da valorização do sujeito e o alívio e sensação de resolutividade da demanda. Por vezes, o usuário está alheio aos seus sentimentos angustiantes gerados por aquilo que ele expressa de forma verbal ou não-verbal (Santos, 2019; Passos et al., 2020), a escuta do profissional requisitará flexibilidade para interpretar o que o usuário deseja expressar (Passos et al., 2020). Nessa perspectiva, a escuta sensível permite a ele intervir sobre conflitos e sofrimentos através do manejo desses sentimentos, que se não acolhidos, resultam em complicações clínicas ou intensificam as já existentes (Santos, 2019).

A escuta sensível é uma facilitadora para a comunicação entre toda a equipe e os usuários (Passos et al., 2020). Separar um tempo adequado, registrar as informações coletadas (Passos et al., 2020) e acolher o usuário em um local que ofereça o sigilo profissional são aspectos determinantes para o processo de acolhimento e corresponsabilidade pela conduta terapêutica (Ayres, 2009; Passos et

al., 2020). Ayres (2009) e Maynart et al. (2014) complementam que estabelecer uma escuta como produtora de respeito e confiança requer a liberdade de se expressar por parte do usuário, sem o julgamento moral ou preconceito do profissional.

Por ser uma prática automatizada no cotidiano de trabalho, a validade dessa ferramenta é subestimada em comparação a outras tecnologias relacionais (Santos, 2019). No entanto, é essa conduta que articula a percepção da necessidade do usuário e qual o melhor projeto terapêutico (Santos, 2019). O impacto da tecnologia de escuta é favorável à redução da ansiedade do usuário e do seu retorno à unidade de saúde em um curto período de tempo, já que permite que as dúvidas sejam acolhidas pelos profissionais, além de proporcionar ao usuário algum nível de resolutividade ou amenização do sofrimento (Oliveira et al., 2008). Ao aplicar a escuta qualificada nos encontros com o usuário, o profissional da saúde favorece a humanização do atendimento para a condução de ações e pensamentos que orientem práticas menos hostis nas instituições de saúde (Maynart et al., 2014).

3.2.2 A dialógica na prática em saúde

Ayres (2009) articula as interações pelo diálogo entre sujeitos ou comunidade e equipe como um dos eixos fundamentais para a conquista da integralidade na saúde, pois é na dialógica com base em trocas intersubjetivas que os sujeitos se tornam capazes de construir relações saudáveis, além de “promover a comunicação e a construção de redes”. Segundo Oliveira et al. (2008), a comunicação é um processo no qual as subjetividades dos envolvidos se apresentam como catalisadores para entendimento do mundo, ao mesmo tempo que se transformam a partir dele e tem a capacidade de transformá-lo.

Nesse contexto de encontros e comunicação, as políticas de humanização foram aplicadas no sistema de saúde com o objetivo de ampliar a ação comunicacional, na qual a “palavra” dos usuários e dos profissionais da saúde tenham um espaço mais relevante no cotidiano, sendo o desrespeito à linguagem e a ausência de troca de informações uma das formas que configura a negação do outro (Deslandes, 2004) e uma barreira para a criação do vínculo, pois o diálogo permite a

corresponsabilização da saúde e a resolução das necessidades do usuário (Barros e Botazzo, 2011).

Para analisar a problemática ignorada pelas diretrizes das políticas que visam redimensionar a comunicação no SUS, Deslandes (2004) parte da sociologia com o intuito de discutir os fatores que levam à inabilidade comunicacional se a linguagem é uma característica marcante do ser humano. Segundo ela, “o jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status” são agentes que podem alterar a atuação dos diálogos como produtores de cuidado.

Com o intuito de responder as problemáticas impeditivas do acolhimento e do vínculo, e construir uma base para a existência das redes de cuidado, Teixeira (2003) formulou uma técnica de conversa, que ele descreve como “acolhimento-diálogo”, pois como colocam Oliveira et al. (2008), além do profissional permitir ser afetado pelo outro, é preciso que ele seja capaz de usar instrumentos de sensibilidade e mobilização para alcançar o usuário, superando o discurso técnico.

O método emprega uma originalidade por superar o conceito de acolhimento apenas no primeiro encontro ou limitado a recepção, ele amplia a interação acolhedora, passível de ser utilizada a qualquer momento. Trata-se de uma contínua negociação das necessidades do outro e a gestão de distribuir essas demandas pelas redes de atenção para que elas possam ser atendidas da melhor forma, definindo, portanto, a trajetória do usuário. O método tem esse caráter fluido justamente por não ser uma atividade em si, mas um conteúdo que pode ser aplicado em qualquer atividade. O autor define que o acolhimento-diálogo é composto por arranjos “morais e cognitivos”, o acolhimento das dores e necessidades do usuário e o diálogo direcionado para compreender a complexidade da demanda e qual a melhor forma de intervir (Teixeira, 2003).

Apesar de ser uma reorganização dinâmica da comunicação, tornando o encontro entre sujeitos mais espontâneo, Teixeira (2003) esclarece que essa característica não torna o acolhimento-diálogo menos técnico, pois é um recurso facilmente identificável por falas e gestos, o que permite a avaliação e monitoramento da sua execução. Deslandes (2004) corrobora o conceito de não desassociar o humano com o tecnológico, já que essa reorganização do Trabalho Vivo também é

uma tecnologia e não se limita à prática do bom relacionamento, mas também diz respeito a autonomização e gestão do cuidado.

Segundo Previato e Baldissera (2018), na prática interprofissional, a comunicação dialógica é um instrumento utilizado em todo o mundo para obter resultados positivos nas relações de trabalho e na qualidade da atenção à saúde. Para as autoras, a construção desse saber considera as singularidades de cada profissional para orientar as tomadas de decisões que serão realizadas em conjunto, trata-se de um processo de reflexão sobre os papéis de cada integrante da equipe, traduzindo-se no desenvolvimento de uma “cultura de grupo” com foco no cuidado com o usuário e o coletivo, na resolução de conflitos de trabalho e na construção da liderança colaborativa. A dialógica entre os profissionais opera na prática cotidiana como potência para reflexão de saberes a partir da vivência de experiências significativas (Almeida et al., 2016) que geram impactos positivos para a resolutividade das demandas e dada sua estrutura de comunicação aberta e produtiva, os profissionais podem expressar suas angústias, frustrações e vitórias da sua atuação, que ao serem compartilhadas, resultam efeitos no processo de trabalho de todo o grupo (Previato e Baldissera, 2018).

Na intenção de superar a fragmentação do conhecimento interdisciplinar (Fonsêca et al. 2016), o diálogo de caráter educativo é enriquecedor para as práticas de saúde na AB, pois proporciona um dinamismo entre ensinar e aprender de acordo com as experiências de cada profissional e o fortalecimento do trabalho colaborativo (Previato e Baldissera, 2018). Dentre os arranjos operacionais e dispositivos para consolidar a comunicação dialógica interdisciplinar estão o apoio matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Previato e Baldissera, 2018).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a política de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja estratégia apoiava-se no matriciamento, um modelo organizacional que envolve o compartilhamento de conhecimentos de suporte técnico-pedagógico de uma equipe de referência especializada para outros profissionais da AB, favorecendo o entendimento ampliado do processo saúde-doença, a partir de discussões clínicas, práticas conjuntas e intervenção direta em situações que demandam atenção especializada (Campos et al., 2014).

O PTS objetiva traçar o projeto terapêutico para o usuário através de propostas que envolvam o território, a família e os saberes da equipe interdisciplinar (Hori e Nascimento, 2014). A lógica desse modelo propõe que a comunicação horizontal possibilite a intervenção multifacetada, compreendida pela discussão interdisciplinar e acompanhamento mais próximo da situação dos usuários, além de mobilizar os profissionais a se tornarem responsáveis pelo cuidado, fortalecendo o vínculo com o usuário (Pinto et al., 2011; Lazarino et al., 2019).

Já a PNEPS, apesar de apresentar dificuldades em sua implementação no SUS, devido aos impactos de subfinanciamento do governo federal, aparece entre os compromissos para fortalecimento dos sistemas únicos de saúde, definidos na Conferência Panamericana de Saúde, em 2017 (Gonçalves et al., 2019). A PNEPS se orienta pela organicidade entre educação e ações em saúde, promovendo encontros interprofissionais que possibilitem debates e oficinas de trabalho que sejam capazes de gerar compromissos e sensibilizarem as equipes (Gonçalves et al., 2019).

Ressalta-se, entretanto, que por mais que esses elementos sejam componentes transformadores do modelo de atenção à saúde e permitam reflexões sobre a realidade, as contradições que esta impõe, são muito mais ricas e profundas que a teoria (Bleicher e Bleicher, 2016). Por isso, para que o conhecimento seguro do teórico-científico consiga permear a imprevisibilidade do trabalho cotidiano, é preciso ampliar o objeto, o meio e o objetivo da prática em saúde, considerando não só o que é prescritivo e baseado em evidências, mas também o que é subjetivo e está incorporado no usuário, com o intuito de, através da negociação e do trabalho em equipe, reduzir os danos e desenvolver a autonomia e o autocuidado do usuário, fomentando novas formas dele se posicionar diante da sua saúde e dos seus determinantes (Campos et al., 2014).

3.3 O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Com a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF em 2000, estabeleceram-se duas modalidades de organização do grupo: “modalidade I (cirurgião dentista+auxiliar de saúde bucal) e II (cirurgião-dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde

bucal” (Tesser et al., 2015). Apesar da nova conformação desses profissionais corroborar para as estratégias da PNSB, a contratação de técnicos em saúde bucal ao longo dos anos apresenta números insuficientes para atingir a integralidade almejada (Tesser et al., 2015; Lima et al., 2016), sendo que a modalidade II apresentou melhores resultados na consolidação dos processos de trabalho em saúde bucal (Amorim, et al., 2021). A dificuldade do desenvolvimento do trabalho em equipe revela a permanência da centralização das práticas voltados à figura do cirurgião-dentista, resultante do contexto sócio-histórico-odontológico (Emmerich e Castiel, 2009; Tesser et al., 2015; Bortoli et al., 2019). No entanto, para alguns autores, a reorganização do modelo de saúde demonstra sofrer mais influência pelo processo de trabalho sob a perspectiva das micropolíticas do que das dimensões macro, configurada pelas normas gerais (Pezzato et al., 2013).

Trabalhar sob essa óptica é considerar as “diferentes linhas de forças” que constituem os processos sociais durante o trabalho (Cruz et al., 2015). O dinamismo da relação profissional-usuário como agenciadora de modificações e afetos determina o produto oferecido, a produção e o consumo da saúde são fabricados no ato e ao mesmo tempo, de forma que o trabalho seja tensionado pelas necessidades sociais (Merhy et al., 2019). A partir dessa tensão causada por expectativas e desejos diferentes entre os atores, o estabelecimento do vínculo atua como um mediador para a escolha da melhor conduta terapêutica (Santos et al., 2008).

A respeito do processo de trabalho em saúde bucal na AB, a atuação do cirurgião-dentista reproduz práticas similares à rede privada (Gomes e Ramos; Tesser et al., 2015; Bortoli et al., 2019), apoiando-se nos processos tradicionais de trabalho (Scherer e Scherer, 2015; Gomes e Ramos, 2015), pautada na ação mecânica e organizada em linha de produção, no qual os tratamentos restauradores se tornam procedimentos estritamente curativos, desconectados de um diagnóstico que identifique as subjetividades do usuário e promova saúde como afirmação da vida (Barros e Botazzo, 2011). Reitera-se, no entanto, que a demanda reprimida devido ao histórico de exclusão dos serviços clínicos limita a atuação do cirurgião-dentista na ESF, direcionando a maior parte do seu tempo para o trabalho curativo (Santos e Assis, 2006; Reis et al., 2015).

Atender todas as demandas na AB ainda é um desafio no cotidiano da ESB (Roselino et al., 2019), a política de saúde bucal no país apresenta níveis desiguais de implantação relativos à distância geográfica da unidade (Assis e Jesus, 2012), à configuração política do município na gestão dos serviços de saúde (Gonçalves e Ramos, 2010; Soares e Paim, 2011; Doricci e Guanaes-Lorenzi, 2020) e ao financiamento nesse setor (Chaves et al., 2017; Rossi et al., 2019). Além disso, alguns estudos demonstraram que questões relacionadas aos recursos humanos podem ser tornar um impeditivo para a ampliação da cobertura de saúde bucal (Soares e Paim, 2011; Mattos et al., 2014; Reis et al., 2015; Roselino et al., 2019), refletindo em fragilidades na atuação do cirurgião-dentista (Reis et al., 2015; Chaves et al., 2017).

Nessas circunstâncias, ainda que o trabalho em saúde seja construído em um território complexo, permeado por instabilidades entre políticas e organizações, ele é constituído também por forças provenientes de lutas sociais que impulsionam novos arranjos de se “fabricar saúde” e não somente isso, responsável por buscar produzir cuidadores mais saudáveis, capazes de exercerem autonomia em suas práticas e recriá-las a partir do encontro com outros protagonistas desse processo orgânico (Faria e Araujo, 2010).

3.3.1 Vínculo com o usuário

Todos os encontros entre usuário e cirurgião-dentista são singulares (Barros e Botazzo, 2011), o vínculo é construído a partir das negociações terapêuticas dispostas de acordo com as queixas do usuário e a responsabilização compartilhada para amenizar o sofrimento e alcançar a homeostasia corporal (Santos et al., 2008; Bortoli et al., 2019).

Contribuições do vínculo e acolhimento nas práticas em saúde bucal são observadas por Pinheiro e Oliveira (2011) através de entrevistas e observações da atuação de cirurgiões-dentistas nas ESB no município de Fortaleza. O estudo demonstra que a transição do atendimento por ordem de chegada para o formato de demandas por ordem de risco contribui para a atenção humanizada, mas gera sobrecarga no trabalho da ESB e pode viabilizar ruídos na relação profissional-usuários, à medida que a ordem de demandas prioritárias pode não ser compreendida

por toda a população e as orientações da PNH sobre o uso das ferramentas de diálogo e escuta para enfrentamento desses conflitos não são suficientes. Portanto, a avaliação de riscos deve se fundamentar em dados epidemiológicos e clínicos, mas sem excluir a importância de tornar essa organização legitimada pela comunidade (Santos et al., 2008). Em reflexo a essa problemática, Scherer et al. (2018) apontam extensas listas de espera para o atendimento clínico, gerando dificuldades no acesso aos serviços de saúde bucal e fragilizações na cobertura, já que o atendimento fica restrito a grupos específicos como gestantes e crianças.

A respeito do uso de tecnologias leve-duras (Merhy e Franco, 2003), a anamnese é o instrumento que oferece a comunicação para conciliar as expectativas do usuário sobre o tratamento e o raciocínio clínico do cirurgião-dentista que se traduz na identificação das necessidades (Bortoli et al., 2019). Para Barros e Botazzo (2011), a anamnese com perguntas abertas oferece uma visão integral do sujeito e a possibilidade de investigar situações de risco que possam impactar a abordagem terapêutica. No mesmo estudo experimental, o diálogo investigativo sobre a história do usuário foi realizado fora da cadeira odontológica e resultou de forma positiva no manejo da ansiedade gerada pela consulta, além de outras intervenções que colaboraram para a autonomia e diálogo com o cirurgião-dentista, como o uso optativo de um espelho para o usuário participar do exame e avaliar sua própria condição bucal.

A demanda acumulada, resultado do histórico de exclusão ao acesso odontológico por grande parte da população, apresenta-se como uma barreira para a prática menos curativa do cirurgião-dentista (Santos et al., 2008). Para Aquilante e Aciole (2015), que analisaram o sentido de cuidado após a implantação da PNSB em 6 municípios, a prática do cirurgião-dentista limita-se ao atendimento clínico ambulatorial, constituído por ações pontuais, sem perspectiva de acompanhamento, reavaliação ou preservação do caso, além de uma carência de atividades coletivas (visitas domiciliares, promoção e prevenção em saúde e reuniões com a comunidade) por toda a ESB. Para Guerra et al. (2013), a dificuldade de realizar atividades de prevenção e promoção da saúde em espaços sociais foi um aspecto negativo apontado de forma recorrente pelos cirurgiões-dentistas entrevistados. As ações fora do consultório clínico reorientam o processo de saúde bucal e o papel da própria odontologia na AB, possibilitando ampliar a cobertura de acesso e a resolutividade

das demandas, sendo este, um dos fatores atuantes na criação de vínculo com o usuário, já que a resolatividade não se reduz ao procedimento técnico concluído, mas atravessa as necessidades do usuário em ser compreendido (Guerra et al., 2012; Graff e Toassi, 2018).

No contexto de aproximação da ESB com o território, a visita domiciliar é retratada como um poderoso instrumento para impulsionar o vínculo entre os profissionais e os usuários (Pinheiro e Oliveira, 2011; Guerra et al., 2013; De-Carli et al., 2015; Scherer et al., 2018; Silva et al., 2020). No entanto, apesar de ser um recurso para auxiliar o cirurgião-dentista a conhecer a realidade vivenciada pelo usuário, barreiras como a falta de estrutura e logística para disponibilizar o transporte e, como já mencionada, a alta demanda no consultório afastam a atuação extramuro do profissional (Pinheiro e Oliveira, 2011; Scherer et al., 2018; Brasil e Santos, 2018). Além disso, o medo da violência e falta de vínculo com os usuários consolidaram a valorização do trabalho em saúde bucal acerca do modelo tradicional: dentro da unidade de saúde, de forma individual e à demanda espontânea (Reis et al., 2015).

Outro aspecto que pode contrariar a construção do vínculo a partir das visitas domiciliares é a limitação técnica da temática abordada pelos cirurgiões-dentistas (Brasil e Santos, 2018). O foco nas patologias bucais, nos riscos e nas técnicas de escovação, desvaloriza o poder transformador das visitas, que poderiam ser trabalhadas a partir de ações que fomentem o pensamento crítico, a cidadania, questões socioeconômicas, a fim de alimentar corresponsabilização e autonomia (Santos et al., 2008; Brasil e Santos, 2018). Segundo De-Carli et al. (2015), a prática de visitas domiciliares realizada pela ESB, apesar de constar no documento da PNSB, ainda apresenta resultados abaixo do esperado, que destoam se comparado ao de outros profissionais da ESF. Para Guerra et al. (2013), espera-se que o cirurgião-dentista atue além do consultório clínico, mas o deslocamento para essas atividades pode ser delegado aos outros integrantes da equipe como o ASB, TSB ou ACS, alternativas estas que foram pouco utilizadas pelo profissional e corroboram para a atuação centrada exclusivamente nele.

Sobre as tensões naturais criadas a partir do encontro de subjetividades e operada por forças que disputam o agenciamento e capturam o cuidado (Merhy et al., 2019), Nickel et al. (2008) apontam a necessidade de esclarecer previamente ao

usuário sobre a terapêutica planejada a fim de administrar as dúvidas e expectativas originadas, pois a desinformação sobre os objetivos do programa pode se tornar uma barreira para participação do usuário e até mesmo contribuir para a associação dos procedimentos de adequação a um tratamento de qualidade inferior. A sensação de não se sentir responsável pelas decisões em saúde e consequente fragilização da produção de cuidado podem surgir também a partir do processo de culpabilização do outro, apontamento de falhas ou falta de comprometimento, referenciadas tanto por usuários, quanto por profissionais (Oliveira et al., 2008).

Pinheiro e Oliveira (2011) alertam para o cuidado de não tornar o acolhimento uma ferramenta para silenciar os sujeitos devido as tensões atribuídas ao dinamismo da prática em saúde. O rompimento com a relação verticalizada de educador-educando convida os agentes envolvidos a problematizarem sua relação com o mundo, com os outros e com sua própria saúde, extraindo desse desafio, mecanismos de enfrentamento para modificar o status quo (Oliveira et al., 2008; Figueiredo et al., 2010; Villardi et al., 2015) e produzindo a circulação do conhecimento científico e popular, além da responsabilização compartilhada em saúde (Chaves, 2016).

Seguindo esses preceitos que também constituem a pedagogia crítica de Paulo Freire, as rodas de conversa são instrumentos transformadores nas práticas em saúde (Machado et al., 2015) e tem demonstrado resultados positivos ao fomentar discussões relevantes para conhecer e atuar sobre a realidade dos grupos e também como estratégia para a sensibilização dos usuários frente à própria saúde (Rios, 2007; Mandrá e Silveira, 2013; Sampaio et al., 2014). Ao utilizar da dialógica e escuta com base no respeito e valorização das experiências de vida (Mandrá e Silveira, 2013), as rodas implicam no encontro com “falas de sujeitos” e não com um “objeto de intervenção”, permitindo horizontalizar a relação profissional-usuário e criar vínculos que ultrapassem essas reuniões (Sampaio et al., 2014).

3.3.2 Vínculo com a equipe

A categoria profissional da odontologia registra entraves históricos que conferem ao cirurg o-dentista uma atuação individualista, traduzida no modelo de trabalho focado no curativo-individual (Gonçalves e Ramos, 2011; Gomes e Ramos,

2015) que apresenta grandes desafios para dialogar com os princípios e objetivos da ESF (Mattos, et al., 2014; Reis et al., 2015). A centralização do profissional nas práticas ainda é recorrente no processo de trabalho (Emmerich e Castiel, 2009; Reis et al., 2015), mas por se tratar de um arranjo em construção, há indícios da democratização da clínica através da participação dos próprios usuários e outros profissionais, sobretudo, os agentes comunitários de saúde (ACS), que constituem um papel importante para formar o vínculo entre usuários e o restante da equipe (Santos et al., 2008; Doricci e Guanaes-Lorenzi, 2020).

Observou-se certa resistência por parte da ESB na incorporação de ações integradas com outros profissionais da ESF (Mattos et al., 2014) e quando efetivada, as atividades apresentaram descontinuidade entre as equipes e pouco envolvimento interdisciplinar para elaborar discussões que oferecessem enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes (Baldani et al., 2005; Gomes e Ramos, 2015; Scherer et al., 2018). As reuniões interdisciplinares caracterizam-se por buscarem soluções compartilhadas sem negar as bases disciplinares, ocorre no entanto, que as discussões tem como foco, as problemáticas apresentadas por enfermeiros e ACS e pouca participação dos cirurgiões-dentistas, não só devido a sua prática alicerçada em ações individualizadas, mas também por sua inclusão tardia na ESF (Aquilante e Aciole, 2015). Nota-se que as reuniões parecem surtir pouco efeito no processo de integrar a ESB à unidade de saúde quando há tendência de delegação de liderança para outros profissionais (enfermeiros) durante o processo interativo (Brasil e Santos, 2018). Apesar disso, nesse mesmo estudo em que a ausência de proatividade e interação interprofissional pela ESB foram observadas, em outra unidade com o apoio matricial, a intervenção desses profissionais a respeito do tabagismo, um tema que vai além dos conhecimentos odontológicos, obteve resultados relevantes no processo de educação.

Na prática clínica, Fonsêca et al. (2016) apontam que a fragmentação do corpo é um conceito ainda presente no atendimento de cirurgiões-dentistas e médicos. Na “clínica sem boca”, como os autores nomeiam, observa-se a dificuldade da equipe médica em relacionar a condição bucal com a saúde sistêmica apresentada pelo usuário, um desmembramento compartilhado pelas duas classes profissionais que necessitam de comunicação ampliada para atenderem às necessidades dos usuários. A prática em equipe quando consolidada, permite a troca de informações e elaboração

de protocolos clínicos que auxiliam na reorganização das demandas em saúde bucal de acordo com as necessidades reais da comunidade para que dificuldades da porta entrada, principalmente em relação ao acolhimento da demanda espontânea, não se perpetuem com uma dívida histórica aos usuários da rede (Casotti et al., 2014).

Nesse contexto, a educação permanente e a comunicação entre a equipe para elaborar ações conjuntas são ferramentas que propõem meios de conquistar a integralidade, ainda que apresentem fragilidades e estejam em processo de consolidação (Teixeira, 2006; Gonçalves e Ramos, 2010, Guerra et al., 2013). A capacitação oferecida demonstra-se de qualidade e com foco em assuntos gerais, como amamentação, tabagismo e saúde do trabalhador. A falta de oferta para cursos clínicos específicos de atualização em odontologia foi apontada como um limite desse formato de capacitação (Gonçalves e Ramos, 2010). Apesar dessa afirmação, deve-se salientar que a educação permanente oferece suporte para que o trabalho interdisciplinar, incorporado na ESF, seja capaz de unir as práticas e integralizar o cuidado em saúde (Mattos et al., 2014), além de promover a união dos conhecimentos específicos e possibilitar o aprender em equipe (Fonsêca et al., 2016), preenchendo as lacunas da formação do cirurgião-dentista, predominantemente focada nas ciências básicas e atividades clínicas em detrimento dos componentes sociais (Teixeira, 2006; Guerra et al., 2013).

Salienta-se para a construção da integralidade, o entrosamento da equipe na ESF no sentido de criar afinidades sobre o modo de produzir saúde e olhar para a comunidade (Scherer, 2006), além da capacidade de operar a comunicação a todos os profissionais (Oliveira et al., 2008). A configuração efetiva da equipe interdisciplinar depende das relações de vínculo entre os profissionais e para isso, cada integrante precisa ter liberdade para expressar suas opiniões e ideias, além de autonomia técnica e operacionalidade não apenas na prática do trabalho em saúde, mas também na elaboração dos projetos (Oliveira et al., 2008; Cardoso e Hennington, 2011).

Dessa forma, é preciso assegurar espaços concretos que favoreçam o diálogo e a potencialização do profissional sobre seu trabalho (Cardoso e Hennington, 2011), mas também a iniciativa e proatividade do cirurgião-dentista em construir um protagonismo sobre as tomadas de decisões nos planos de ação interdisciplinar na comunidade (Brasil e Santos, 2018).

3.3.3 Condições de trabalho

A realidade de trabalho na área da saúde apresenta discrepâncias entre o prescrito e o real (Reis et al., 2015), o enfrentamento dessas tensões está atrelada as subjetividades do profissional, mas também aos processos de trabalho que podem gerar satisfação ou sentimentos de desvalorização e desqualificação (Gomes et al., 2010).

Em relação aos vínculos trabalhistas, a flexibilização da jornada de 40 horas semanais ou o não-cumprimento das horas tem um efeito de “clientelismo” no atendimento, o que dificulta o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a realidade do usuário (Mattos et al., 2014). Além disso, o vínculo empregatício, a partir da legalidade das contratações por concursos públicos, permite a valorização do profissional e a garantia dos seus direitos institucionalizados (Gabriel et al., 2020). Essa mesma barreira foi observada por Barbosa et al. (2019) em um estudo realizado no Norte de Minas Gerais com 317 profissionais vinculados à ESF, apontando para a precarização dos contratos empregatícios, com predominância dos contratos administrativos sobre os estatutários. A fragilização dos direitos trabalhistas resultante pode gerar instabilidade e insegurança aos profissionais e modificar o cenário de permanência do cirurgião-dentista na unidade de saúde (Baldani et al., 2005; Barbosa et al., 2019), responsável por oferecer a possibilidade de criar vínculos com a comunidade através do conhecimento sobre o território de atuação e dos problemas de saúde agravantes nesse contexto (Mattos et al., 2014), interferindo também na capacidade do profissional em se responsabilizar pela saúde do usuário (Teixeira, 2006). A partir dessa problemática, entende-se que o emprego das tecnologias relacionais no cotidiano do trabalho em saúde tem um papel fundamental para o atendimento humanizado, porém, descartar os aspectos contextuais, pode levar à desvalorização da responsabilidade do Estado sobre a promoção de mudanças na rede de saúde, já que não se trata do envolvimento emocional e comunicacional isoladamente, mas também da produção de condições sociais menos desumanizadas, do modelo de atenção e organização política do município (Souza e Mauricio, 2018; Doricci e Guanaes-Lorenzi, 2020). O êxito das conquistas da PNSB articula-se com medidas regulatórias dos contratos de trabalho e suporte aos gestores locais (Gabriel et al., 2020).

As condições de trabalho como a organização, estrutura do espaço e disponibilidade de equipamentos geram impacto sobre a capacidade e qualidade da comunicação e sigilo durante o atendimento (Oliveira et al., 2008; Gonçalves e Ramos, 2010; Barros e Botazzo, 2011). A ausência de insumos e o funcionamento das clínicas comprometido pela infraestrutura foram desfavoráveis para a continuidade adequada do cuidado em saúde bucal, resultando em um modelo organizacional a alavancar a substituição do ato terapêutico por ações paliativas, gerando um efeito antagônico para a resolutividade no SUS e por consequência, tornando-se um impeditivo para a construção do vínculo entre o cirurgião-dentista e os usuários (Brasil e Santos, 2018). No mesmo estudo, a escassez de outras tecnologias duras, como o material de apoio educativo, foi citada de forma recorrente pelos entrevistados, mas como reforçam os autores, o processo de educação emancipatória depende muito mais das estratégias que articulem com as subjetividades dos atores envolvidos e com a problematização do cotidiano, do que a disponibilidade de panfletos, banners e cartazes. Sobre a estrutura e disponibilidade de equipamentos e materiais, um resultado semelhante foi observado por Guerra et al. (2013), sendo uma das principais queixas para realizar um bom trabalho na ESF, resultado que levou os autores a questionarem quais e por quê os desafios além das condições físico-estruturais não eram vislumbrados pelos profissionais, já que algumas problemáticas instauradas diziam respeito ao modelo de atenção e organização da demanda.

Quanto ao acesso do primeiro contato e integralidade, um estudo (Casotti et al., 2014) avaliou as ESB participantes do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e definiu que 85,1% das demandas espontâneas são acolhidas, mas apenas metade dessas equipes possuem um protocolo para essa prática. A liberdade no processo de trabalho pode fomentar resultados tanto positivos, quanto negativos, pois favorece a autonomia do cirurgião-dentista para adequar os serviços oferecidos às singularidades de cada sujeito e território, mas também está vinculada ao comprometimento do profissional, a qual a capacitação e o diálogo com o gestor constituem papéis relevantes para a resolutividade e qualidade do cuidado (Reis et al., 2015).

Entretanto, ainda que os profissionais reconheçam a importância da comunicação como potência dos encontros entre todos os sujeitos nas redes de

saúde, a capacitação do profissional para promover e fomentar a escuta ativa e a dialógica é apresentada como um entrave por um dos entrevistados (Oliveira, et al., 2008), fato que pode ser enfrentado a partir da educação permanente da equipe na ESF (Carotta et al., 2009; Almeida et al., 2016), uma ferramenta capaz de incentivar mudanças comportamentais, além de transformar a própria prática em saúde, um caminho complexo a ser percorrido, já que a importância da saúde bucal permanece como uma realidade distante para muitas famílias, impactando no número de faltas e desistências do tratamento (Roselino et al., 2019). A efetivação da educação permanente traz resultados satisfatórios no que tange a maior participação e responsabilização dos profissionais, criação de espaços para reflexão do trabalho interdisciplinar em saúde e mudanças nas estratégias de acolhimento, mas apesar da motivação e sensibilização da maioria dos profissionais e gestores, a aplicação dos conceitos na prática e a rotina de trabalho intensa dificultam o aprendizado (Carotta et al., 2009).

Dessa forma, observa-se que o processo de trabalho em saúde na AB é remodelado pelas características intrínsecas de cada sujeito, mas também tem uma relação evidente com o meio, sendo importante mencioná-lo ao tratar das relações e sua influência no cuidado em saúde para evitar a tendência à culpabilização de profissionais ou equipes, os quais também fazem parte de um contexto macro (Reis et al., 2015).

4 DISCUSSÃO

A literatura tem demonstrado que o contexto histórico da prática em saúde bucal pautada no modelo biomédico, fragmentou o conhecimento e, portanto, a prática terapêutica esteve focada na doença (Santos et al. 2008) e na dimensão da boca descontextualizada do corpo, não apenas o fisiológico, mas também o corpo como agente psicossocial (Fonsêca et al., 2016). Isso se expressa na “guerra” epistêmico-odontológica presente entre a complexidade do processo de trabalho do cirurgião-dentista e a persistência da sua atuação voltada para o técnico (Emmerich e Castiel, 2009). Assim, a efetivação dos princípios do SUS está relacionada com arranjos que promovam a troca de saberes entre os atores na rede saúde para o aprimoramento das estratégias e ações (Coelho e Jorge, 2009).

Sobre tais arranjos, surge o questionamento se as redes estão de fato contribuindo para a qualidade desses encontros, se possibilitam um espaço e capacitação para que se potencializem os sujeitos e coletivos para a “restauração dos laços sociais” (Teixeira, 2005). Nota-se que a resistência do usuário quanto a instituição do que é ofertado a ele, remete ao atrito entre o prescrito e o real, compondo a assimetria das relações de poder entre profissional e usuário (Scherer et al., 2018). No entanto, apesar de ser um desafio para a coparticipação entre usuário e profissional nas ações em saúde (Merhy et al., 2019), a resistência do usuário em não aceitar o que lhe é imposto e a disputa pelo projeto terapêutico sugerem a “expressão de sua potência e desejo de manter o governo de sua própria vida” (Seixas et al., 2019).

Nesse sentido, a inclusão das tecnologias leves na reorganização do trabalho em saúde permeia a atuação dos profissionais como mediadora dos encontros com os usuários e com a própria equipe (Santos et al. 2008) e tem ajudado no processo de construção dos vínculos dentro da ESF (Pinheiro e Oliveira, 2011). Fonsêca et al., (2018) e Graff e Toassi (2018) apontam que a clínica ampliada em saúde bucal na AB demonstrou práticas envolvidas pelas técnicas de escuta e diálogo com o usuário a partir do acolhimento que reconhece as suas subjetividades e promove o envolvimento dele na produção do plano terapêutico. Para Seixas et al. (2019), reconhecer o outro como sujeito permite que o sentido do vínculo não seja esvaziado ou que ele se reflita em uma relação paternalista, na qual o profissional é o detentor

do conhecimento e o usuário deva ceder sempre, sendo este um grande desafio na prática em saúde: criar vínculos a partir de encontros configurados por tensões originados pelas diferenças no pensar e sentir.

Para compreender o outro, a transformação na abordagem, tanto clínica quanto relacional, admitiram um caráter relevante para o acolhimento e resolutividade na AB (Barros e Botazzo, 2011), confirmando a importância da implicação de novos “referenciais teóricos” para ouvir e enxergar o usuário (Teixeira, 2005; Barros e Botazzo, 2011; Campos et al., 2014). Personalizar o atendimento apresentando-se, tratando o usuário pelo nome e realizando a anamnese fora da cadeira odontológica, foram medidas que facilitaram o cuidado na clínica (Graff e Toassi, 2018), bem como a anamnese com perguntas abertas, acolhendo as subjetividades do usuário, permitindo maior participação e autonomia no processo de cuidado (Barros e Botazzo, 2011; Fonsêca et al., 2018). Para Pinheiro e Oliveira (2011), os achados apresentados nas entrevistas com 16 cirurgiões-dentistas orientam uma preocupação crescente em construir o vínculo com os usuários, mas um conhecimento limitado sobre o acolhimento e seu significado para além da etapa de receber as demandas e organizar o processo de trabalho. Ainda sobre o acolhimento, as modificações na triagem de acordo com a necessidade e situação de risco dos usuários, trouxeram benefícios relacionados a recepção de demandas mais humanizada e equitativa (Scherer et al., 2018), mas também problematizaram a organização da demanda por grupos de risco, como escolares e gestantes (Aquilante e Aciole, 2015; Scherer et al., 2018), similares aos antigos modelos de atenção em saúde bucal que fracassaram no país (Nickel et al., 2008; Aquilante e Aciole, 2015).

Apesar dos avanços, outros estudos divergem sobre a humanização no atendimento, indicando a presença da hegemonia do “centramento dental” na atuação do profissional, com foco na queixa e na doença (Coelho e Jorge, 2009; Pezzato et al., 2013, Pires e Botazzo, 2015). Sendo o vínculo uma ferramenta para promover a circulação dos afetos, elenca-se o questionamento pouco fundamentado na literatura sobre como ocorre esse processo dinâmico e como diferenciá-lo de uma situação em que se tem presente o afeto estagnado (Barbosa e Bosi, 2017). Sobre a organização do trabalho do cirurgião-dentista, há indícios que a prática permanece centrada nele (Reis et al., 2015), provocando o isolamento físico da ESB, que ecoa sobre o distanciamento e fragmentação das tomadas de decisões em equipe e na organização

e planejamento do trabalho, interferindo não somente na relação entre a equipe, mas também no acesso do usuário ao serviço. (Coelho e Jorge, 2009; Scherer et al., 2018). A essa limitação da prática com foco nas atividades clínicas, a demanda acumulada foi pontuada como um dos principais impeditivos para a utilização de outros espaços importantes para a saúde bucal (Santos et al., 2008; Gonçalves e Ramos, 2011; Pinheiro e Oliveira, 2011; Santos e Lacaz, 2012; Aquilante e Aciole, 2015).

Estes espaços citados podem ser permeados através das visitas domiciliares, um campo pouco explorado pela ESB, mas que age como um facilitador para a aproximação do cirurgião-dentista com o contexto social dos usuários, permitindo uma abordagem terapêutica ampliada e maior vínculo com a comunidade (De-Carli et al., 2015; Silva et al., 2020). A fragilização dos contratos empregatícios acarretaram em jornadas de trabalho inferiores a 40 horas e instabilidade no trabalho, sendo pontos determinantes para o conhecimento e aproximação com o contexto de atuação e criação de vínculo com os usuários (Mattos et al., 2014; Gabriel et al., 2020). Entretanto, ainda que as barreiras para construir um atendimento humanizado revelem-se em momentos críticos na prática do cirurgião-dentista dentro da AB (Pezzato et al., 2013), o interesse e comprometimento desses profissionais na tentativa de tornar o trabalho em saúde mais humanizado é demonstrado em estudos recentes (Aquilante e Aciole, 2015; Fonsêca et al., 2018; Graff e Toassi, 2018).

O apoio matricial como medida para potencializar a interdisciplinaridade no trabalho em saúde e garantir maior acesso e qualidade do serviço (Casotti et al., 2014), demonstra avanços em relação ao cuidado do usuário, mas carece de espaços concretos para as trocas de saberes e elucidação de casos (Previanto e Baldissera, 2018). Ainda que a presença de espaços informais para o diálogo e trocas tenha se apresentado no cotidiano de uma equipe integrada (Scherer et al., 2018), Doricci e Guanaes-Lorenzi (2020) propõem que a transformação organizacional se mostra mais efetiva se vinculada às mudanças no aspecto relacional e à responsabilização do Estado em proporcionar condições sociais para o desenvolvimento desse aparato, pois como indicam os estudos de Gonçalves e Ramos (2010) e Gomes et al. (2010), a gestão pública voltada para a valorização do profissional tende a influenciar a satisfação do usuário e do próprio cirurgião-dentista, é portanto, necessário a responsabilização conjunta de Secretarias Municipais e Estaduais no acompanhamento constante da formação e capacitação desses profissionais. Merhy

et al. (2019) entretanto, refutam essa relação entre a as políticas nacionais e a micropolítica do cuidado. Para esses autores, as políticas e a educação em saúde têm repercussão limitada à atualização dos saberes técnicos, enquanto o trabalho vivo do cotidiano vivenciado por gestores municipais, profissionais e usuários produz questionamentos que levam a mudanças concretas no cuidado em saúde.

Além do matriciamento, a educação permanente demonstrou ser um instrumento efetivo para valorizar e motivar o cirurgião-dentista (Gonçalves e Ramos, 2010) e também por possibilitar a inversão da lógica de cuidado na AB através da reconstrução de uma visão crítica do contexto social ligado à saúde bucal, a fim de priorizar ações de promoção e prevenção em saúde que sejam significativas para os usuários e para a comunidade (Guerra et al., 2013). Essa proposta tem como um dos pontos mais importantes a reflexão crítica dos processos de trabalho, apresentando-se como uma solução coletiva para os problemas discutidos em equipe, a qual resulta em responsabilização e melhores relações (Carotta et al., 2009). A partir da capacitação contínua, a valorização do conhecimento e das experiências pessoais e profissionais que cada cirurgião-dentista possui, tornam as discussões mais pertinentes e os profissionais mais participativos, sendo incorporado ao cotidiano, o processo dinâmico de aprender e ensinar (Almeida et al., 2016). Apesar da motivação dos profissionais ser um fator positivo relevante para a educação permanente, um melhor aproveitamento desse recuso poderia ser observado se a rotina de trabalho permitisse uma agenda de encontro com todos os profissionais da equipe (Carotta et al., 2009; Gonçalves e Ramos, 2010).

A partir das pesquisas descritas nesta revisão, entende-se que o vínculo age como um suporte para a humanização da saúde bucal, torna o cirurgião-dentista responsável pelo cuidado do outro, mas também atua na construção de caminhos para que o usuário se torne capaz de enfrentar os problemas de acordo com a sua realidade e se torne terapeuta de si mesmo e de outros (Santos et al., 2008). Dessa forma, como resistência ao trabalho de Sísifo sentenciado à extração de dentes, propõe-se o diálogo aprofundado da prática em saúde bucal constituída por uma causa que ultrapasse o individualismo do profissional e o potencialize a ser sua melhor versão para si e para o outro (Emmerich e Castiel, 2009). Ressalta-se, portanto, a afirmação de Santos e Assis (2006): "...nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para

amenizar o sofrimento do outro”, por isso, é essencial a atuação de profissionais sensíveis ao entendimento de que uma doença bucal tem repercussões complexas para quem a tem, não apenas no corpo fisiológico, mas no corpo social, que se apresenta o tempo todo como afirmação da vida (Santos e Assis, 2006). Identificar os limites e potenciais no processo de trabalho do cirurgião-dentista possibilita encontrar novos caminhos para a construção de um novo modelo de cuidado a partir da “inclusão social, da emancipação e da autonomização” da comunidade (Gonçalves e Ramos, 2010).

Destaca-se que as práticas em saúde orientadas pelo vínculo e acolhimento não descartam a contribuição inquestionável dos avanços técnico-científicos da odontologia, pelo contrário, a inclusão das ferramentas de diálogo e escuta surgem para dar significado aos procedimentos restauradores e cirúrgicos (Barros e Botazzo, 2011) e evitar intervenções que resultem em iatrogenias, manutenção ou agravamento de enfermidades (Santos et al., 2008). A ressignificação do trabalho em saúde bucal permite a ação conjunta do diagnóstico e plano de tratamento competente com as dimensões sociais e humanas, trata-se, portanto, de tornar os cirurgiões-dentistas “tecnicamente capazes, biologicamente orientados e psicologicamente sensíveis” (Teixeira, 2006), orientando a atenção em saúde para ações que se façam antítese da violência simbólica e da anulação do outro (Deslandes, 2004).

Como limitação dessa pesquisa, não foi abordada a construção do vínculo sob os aspectos da capacidade resolutive da referência e contra referência entre AB e Atenção Especializada (AE), sendo uma abordagem interessante para os próximos trabalhos, já que o vínculo como instrumento potencializador do cuidado longitudinal (Seixas et al., 2019) pode ter suas vertentes, como confiança e responsabilização, influenciadas e capazes de influenciar o percurso do usuário pelas redes de cuidado no SUS (Merhy e Franco, 2003). O sucesso ou insucesso do encaminhamento da AB para os serviços especializados pode ser relacionado também com o questionamento proposto por Barbosa e Bosi (2017), sobre a estagnação dos afetos nas redes de atenção. Outras questões que sugerem acompanhamento em estudos futuros é o vínculo como potente agenciador de mudanças no caráter de medicalização na odontologia (Emmerich e Castiel, 2009; Tesser et al., 2015; Bortoli et al., 2019) e os impactos das modificações na PNAB, em sua edição de 2017, sobre o atendimento humanizado nos serviços de saúde.

5 CONCLUSÃO

O vínculo entre o cirurgião-dentista e os demais atores da AB demonstra ser um processo em construção permanente, envolto pelas singularidades de cada encontro, tornando-se suporte para transformações na prática em saúde bucal que objetivam a linha de cuidado orientada pelos princípios do SUS. No entanto, sua fundamentação depende da articulação de gestores, profissionais e usuários que resultam em posturas, capacidade organizacional e vivências mais próximas ou mais distantes de uma rede de saúde humanizada e emancipatória. Dentre as particularidades do processo de trabalho do cirurgião-dentista que potencializam o vínculo estão: a educação permanente e o apoio matricial. Quanto as fragilidades evidenciadas, menciona-se: a prática limitada das visitas domiciliares pela ESB, a dificuldade da prática interdisciplinar, e as condições de trabalho. Assim, faz-se necessário, mais estudos para avaliar e fomentar o desenvolvimento dessa tecnologia nas práticas em saúde bucal a fim de alicerçar um projeto terapêutico adequado para o usuário e para a comunidade.

REFERÊNCIAS¹

- Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Almeida MEL. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Rev ABENO*. 2016;16(2):7-15. doi: 10.30979/rev.abeno.v16i2.248.
- Amorim LP, Senna MIB, Paula JS, Rodrigues LG, Chiari APG, Ferreira RC. Processo de trabalho em saúde bucal: disparidade entre as equipes no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2019533. doi: 10.1590/s1679-49742021000100013.
- Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(1):239-48. doi: 10.1590/1413-81232014201.21192013.
- Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(4):2215-28. doi: 10.1590/S1413-81232010000400036.
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(11):2865-75. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18(Suppl 2):11-23. doi: 10.1590/S0104-12902009000600003.
- Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):67-82. doi: 10.1590/S1414-32832012005000021.
- Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1026-35. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400005.
- Barbosa LG, Damasceno RF, Silveira DMML, Costa SM, Leite MTS. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;27(3):287-94. doi: 10.1590/1414-462x201900030084.

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2017; 27(4):1003-22. doi: 10.1590/s0103-73312017000400008.

Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(11):4337-48. doi: 10.1590/S1413-81232011001200006.

Bleicher L, Bleicher T. Modelos de atenção à saúde bucal. In: *Saúde para todos, já!*. 3rd ed. Salvador: EDUFBA; 2016. doi: 10.7476/9788523220051.0007.

Bortoli FR, Kovalski DF, Moretti-Pires RO. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;27(1):67-72. doi: 10.1590/1414-462x201900010197.

Botazzo, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. São Paulo; 1991. 12 p. Mimeografado. Apud Bleicher L, Bleicher T. Modelos de atenção à saúde bucal. In: *Saúde para todos, já!*. 3rd ed. Salvador: EDUFBA; 2016. doi:10.7476/9788523220051.0007.

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11:7-17. Apud Narvai Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(spe):141-7. doi: 10.1590/S0034-89102006000400019.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 29 mar 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. pp.1-11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 1 abril 2021]. p.22-23-70. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 1 abril 2021]. p.9-27. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 28 mar 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Humaniza%C3%A7%C3%A3o,entre%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20usu%C3%A1rios>.

Brasil PRC, Santos AM. Desafios às ações educativas das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis*. 2018;28(4):e280414. doi: 10.1590/s0103-73312018280414.

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):131-5. doi: 10.1590/S0103-21002010000100021.

Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):383-91. doi: 10.1590/1413-81232014192.20102012.

Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(Suppl1):983-95. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.

Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho Educ Saúde*. 2011;9(Suppl.1):85-112. doi: 10.1590/S1981-77462011000400005.

Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde Soc*. 2009;18(Suppl1):48-51. doi: 10.1590/S0104-12902009000500008.

Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(spe):140-57. doi: 10.5935/0103-1104.2014S011.

Chagas MS, Abrahão AL. Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):857-67. doi: 10.1590/1807-57622016.0262.

Chaves SCL. Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA; 2016. p.286. doi: 10.7476/9788523220297.

Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1791-803. doi: 10.1590/1413-81232017226.18782015.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(Suppl1):1523-31. doi: 10.1590/S1413-81232009000800026.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Ver Bras Enferm*. 2009;62(1):113-8. doi: 10.1590/S0034-71672009000100017.

Costa Júnior, S. Política nacional de saúde bucal: metassíntese dos estudos sobre a rede de saúde bucal [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019 [acesso 15 abr 2021]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/202144>.

Cruz KT, Merhy EE, Santos MFL, Gomes MPC. PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(Suppl1):721-30. doi: 10.1590/1807-57622014.1001.

Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):701-9. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400004.

De-Carli AD, Santos MLM, Souza AS, Kodjaoglanian VL, Batiston AP. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*. 2015 Jun;39(105):441-50. doi: 10.1590/0103-110420151050002012.

Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(127):1053-65. doi: 10.1590/0103-1104202012708.

Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas?: odontologia dos desejos e das vaidades. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2009;16(1):95-107. doi: 10.1590/S0104-59702009000100006.

Faria HX, Araujo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*. 2010;19(2):429-39. doi: 10.1590/S0104-12902010000200018.

Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):117-21. doi: 10.1590/S0034-71672010000100019.

Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME. A clínica do corpo sem boca. *Saúde Soc*. 2016;25(4):1039-49. doi: 10.1590/s0104-12902016163946.

Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2018;27(4):1174-85. doi: 10.1590/s0104-12902018180117.

Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, Araujo ME, Dussault G, Pucca Junior GA, et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(3):859-68. doi: 10.1590/1413-81232020253.14532018.

Gomes D, Gonçalves ASR, Pereira LS, Tavares RS, Pires DEP, Ramos FRS. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. *RFO UPF*. 2010;15(2):104-10. doi: 10.5335/rfo.v15i2.1365

Gomes D, Ramos FRS. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saúde Soc*. 2015;24(1):285-97. doi: 10.1590/S0104-12902015000100022.

Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):301-14. doi: 10.1590/S1414-32832010000200006

Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019;43(spe1):12-23. doi: 10.1590/0103-11042019s101.

Graff VA, Toassi RFC. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 2018;28(3):e280313. doi: 10.1590/s0103-73312018280313

Guerra LM, Gonçalves VB, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. *RFO*. 2013;17(2). doi: 10.5335/rfo.v17i2.2337.

Hamraoui E. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. *Cad Psicol Soc Trab*. 2014;17(spe):43-54. doi: 10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p43-54.

Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(Suppl1):493-502. doi: 10.1590/S1414-32832009000500002.

Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3561-71. doi: 10.1590/1413-81232014198.11412013.

Lacaz FAC, Vieira NP, CCT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):253-63. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200005.

Lazarino MSA, Silva TL, Dias EC. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44:e23. doi: 10.1590/2317-6369000009318.

Lima AMC, Garbin CAS, Garbin AJI, Aragão ERVF, Lima BMC, Canuto OMC, et al. Inserção do técnico em saúde bucal no sistema Único de Saúde: A instabilidade dos vínculos de trabalho e a desvalorização profissional. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(supl.1):139-54. doi: 10.1590/1981-7746-sol00029.

Machado TMG, Carvalho PIN, Brandão ASM, Vilarinho MLCM. A roda de conversa como ferramenta de planejamento de ações: relato de experiência. *Ver Eletrôn Gestão Saúde*. 2015 [acesso 23 abr 2021];751-61. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2707>.

Mandrá PP, Silveira FDF. Satisfação de usuários com um programa de roda de conversa em sala de espera. *Audiol Commun Res*. 2013;18(3):186-93. doi: 10.1590/S2317-64312013000300008.

Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, GRM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):373-82. doi: 10.1590/1413-81232014192.21652012.

Maynart WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul. Enferm*. 2014;27(4):300-4. doi: 10.1590/1982-0194201400051.

Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad Saúde Pública*. 1986;2(4):533-52. doi: 10.1590/S0102-311X1986000400012.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002. Apud. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):253-63. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200005.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde Debate*. 2003 [acesso 28 mar 2021];27(65):316-23. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dipro/download/cursoQGRS/MANUAL%20DO%20EDUCANDO%20-%20M%20D3DULO%20VI.pdf>.

Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(spe6):70-83. doi: 10.1590/0103-11042019s606.

Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura L. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(suppl 3):161-7. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004329

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(spe):141-7. doi: 10.1590/S0034-89102006000400019.

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6. doi: 10.1590/S0102 -311X2008000200002.

Oliveira A, Silva NJC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(27):749-62. doi: 10.1590/S1414-32832008000400006.

Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009 [acesso 15 abr 2021]. p.43-9;125-8. Disponível em:
https://www.aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/188199/mod_resource/content/1/PAIM_2014.pdf.

Passos B, Oliveira T, Bezerra M, Araújo A. A importância da escuta qualificada no cuidado clínico de enfermagem ao paciente oncológico. *REaid*. 2020;94(32):e-20075. doi:10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.933.

Pauleto ARC, Pereira MLT, CEG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):121-30. doi: 1590/S1413-81232004000100012.

Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):250-8. doi: 10.1590/S0034-89102012000200007.

Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(7):2095-104. doi: 10.1590/S1413-81232013000700025.

Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):185-98. doi: 10.1590/S1414-32832010005000036.

Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto-Enferm*. 2011;20(3):493-502. doi: 10.1590/S0104-07072011000300010.

Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2015;24(1):273-84. doi: 10.1590/S0104-12902015000100021.

Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2):1535-47. doi: 10.1590/1807-57622017.0647.

Reis WG, Scherer MDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):56-64. doi: 10.1590/0103-110420151040608.

Rios IC. Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis*. 2007;17(2):251-63. doi: 10.1590/S0103-73312007000200003.

Roselino PL, Damasceno JL, Figueiredo GLA. Saúde bucal na atenção primária à saúde: articulações entre o ensino e a estratégia de saúde da família. *Rev Odontol UNESP*. 2019;48:e20190081. doi: 10.1590/1807-2577.08119.

Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. *Trabalho Educ Saúde*. 2015;13(1):201-14. doi: 10.1590/1981-7746-sip00020.

Santos A. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS*. 2019;1(2):170-9. doi: 10.14295/aps.v1i2.23.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(1):53-61. doi: 10.1590/S1413-81232006000100012.

Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):464-70. doi: 10.1590/S0034-89102008005000025.

Scarpato A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;23(4):409-15. doi: 10.1590/1414-462X201500040153.

Scherer MDA. O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006 [acesso 22 abr 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/89236>.

Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:98. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005961.

Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde Debate*. 2018;42(spe2):233-46. doi: 10.1590/0103-11042018s216.

Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170627. doi: 10.1590/interface.170627.

Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis*. 2016;26(2):611-632. doi: 10.1590/S0103-73312016000200014.

Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. 2015;39(105):363-74. doi: 10.1590/0103-110420151050002005.

Silva RM, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2259-70. doi: 10.1590/1413-81232020256.15992018.

Silva Júnior AG, Mascarenhas MM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p.241-57. Apud Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2011;15(36):185-98. doi: 10.1590/S1414-32832010005000036.

Silveira Filho AD. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. *Bol Prog Saúde Fam.* 2002;2(6):36-43. Apud Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2011;15(36):185-98. doi: 10.1590/S1414-32832010005000036.

Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(5):966-74. doi: 10.1590/S0102-311X2011000500014.

Souza DO, Maurício JC. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. *Saúde Soc.* 2018;27(2):495-505. doi: 10.1590/s0104-12902018164811.v

Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco; 2003 [acesso 20 abr 2021]. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>.

Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005;10(3):585-97. doi: 10.1590/S1413-81232005000300016.

Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(1):45-51. doi: 10.1590/S1413-81232006000100011.

Tesser CD, Pezzato LM, Silva EN. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. *Saúde Soc*. 2015;24(4):1349-61. doi: 10.1590/S0104-12902015136108.

Villardi ML, Cyrino EG, Berbel N. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica; 2015 [acesso 29 abr 2021]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626.pdf> pp.32-33.

ANEXO 1 – VERIFICAÇÃO DE ORIGINALIDADE E PREVENÇÃO DE PLÁGIO

A CONSTRUÇÃO DOS VÍNCULOS E A PRÁTICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

6%	5%	4%	1%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS
FONTES PRIMÁRIAS			
1	repositorio.unicamp.br Fonte da Internet		1%
2	www.scielo.br Fonte da Internet		<1%
3	docplayer.com.br Fonte da Internet		<1%
4	Submitted to Universidade Estadual de Campinas Documento do Aluno		<1%
5	pt.scribd.com Fonte da Internet		<1%
6	"Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática", FapUNIFESP (SciELO), 2016 Publicação		<1%
7	www.scielosp.org Fonte da Internet		<1%
8	repositorio.ufrn.br:8080 Fonte da Internet		<1%