



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

VINÍCIUS ANTÉRIO GRAFF

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL:
ENCONTROS DE DIÁLOGO, VÍNCULO E SUBJETIVIDADES ENTRE USUÁRIOS E
DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre

2017

VINÍCIUS ANTÉRIO GRAFF

**PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL:
ENCONTROS DE DIÁLOGO, VÍNCULO E SUBJETIVIDADES ENTRE USUÁRIOS E
DENTISTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Graff, Vinícius Antério

Produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na Atenção Primária a Saúde / Vinícius Antério Graff. -- 2017.

88 f.

Orientadora: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. cuidados integrais de saúde. 2. saúde bucal.
3. pesquisa qualitativa. 4. Atenção Primária à Saúde.
5. Sistema Único de Saúde. I. Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Vinícius Antério Graff, com ingresso em 24/04/2015
Título: **Produção do Cuidado nas Práticas Clínicas em Saúde Bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na atenção primária à saúde**
Orientador: Profª Drª Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Data: 07/04/2017
Horário: 14:30
Local: Auditório Mário Rigatto - FAMED

Banca Examinadora	Origem
Cristine Maria Warmling	UFRGS
Fabiana Schneider Pires	UFRGS
Eloá Rossoni	UFRGS

Porto Alegre, 07 de abril de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Cristine Maria Warmling		A	_____
Fabiana Schneider Pires		A	_____
Eloá Rossoni		A	_____

Conceito Geral da Banca: (**A**) Correções solicitadas: () Sim (**X**) Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Dedico esse trabalho aos meus amores
Valentin e Luciane. Vocês tornam a minha
vida melhor!

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Valentin que me faz aprender a cada dia como ser um pai melhor.

À minha companheira Luciane, pelo amor dedicado, pelo cuidado com nosso filho e adequações profissionais e pessoais que fez para possibilitar a execução deste trabalho e a realização do mestrado.

À minha mãe Vanda, pelos gestos de carinho e cuidado realizados durante a minha vida.

Ao meu saudoso pai Marinho, pelo exemplo profissional e pessoal, por ter me incentivado ao mestrado...você faz falta pai!

À Bernardete, pelo cuidado comigo, e por todos os momentos em que está presente como avó do Valentin.

À professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, pela orientação preciosa durante a elaboração deste trabalho, pela paciência e amizade, e pelo exemplo profissional e pessoal.

À Maria Célia Detoni, pelas 'conversas' que estimularam a realização desse mestrado.

Às professoras Eloá Rossoni, Fabiana Schneider Pires e Cristine Maria Warmling, pelo aceite em participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos meus colegas do núcleo de odontologia do SSC, Circe Maria Jandrey e Daniel Demétrio Faustino da Silva, pela leitura e contribuições ao trabalho.

Aos docentes, funcionários e colegas do PPG Ensino na Saúde/FAMED/UFRGS, pela amizade e compartilhamento de saberes e experiências.

Aos colegas dentistas do núcleo de odontologia do SSC/GHC que participaram desta pesquisa.

Aos estagiários e residentes, pelo convívio e troca de experiências que estimularam o mestrado.

Aos meus amigos Augusto, Marcos, Leandro, Daniel, Glauton, Vinícius Possamai, Luciano, Ailla, Liese e Jeronymo, pela parceria e amizade. Agradeço especialmente ao Luciano, pelas conversas sobre o trabalho e pelos momentos alegres de convivência junto a sua família.

Ao Grupo Hospitalar Conceição pela liberação que possibilitou a realização do mestrado.

Aos colegas da Unidade de Saúde Conceição, pela confiança e compreensão nas ausências em função deste trabalho.

Aos usuários do SUS, que permitem a prática em saúde bucal na APS, sendo fonte de motivação e ensinamentos.

A todos que de alguma forma contribuíram com este trabalho.

*Sempre vejo anunciados cursos de oratória.
Nunca vi anunciado curso de escutatória.
Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém
quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer
um curso de escutatória. Mas acho que
ninguém vai se matricular. Escutar é
complicado e sutil...*

(RUBEM ALVES, 2008, p. 65)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Mudanças nas políticas de saúde e educação promoveram avanços na reorientação da educação dos profissionais da saúde e das práticas de atenção à saúde no Brasil. A odontologia acompanhou esse movimento e a formação de dentistas no país foi reorganizada nas Instituições de Ensino Superior buscando um perfil de egressos aptos a atuar no Sistema Único de Saúde. Para responder ao desafio da formação e para alcançar a integralidade do cuidado, a clínica odontológica também precisa ser 'ampliada' no sentido de possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o físico, possam e devam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais da saúde bucal. **OBJETIVO:** Analisar os sentidos atribuídos às práticas clínicas por dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de base fenomenológica (estudo de caso), realizado nas Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro de questões norteadoras com dentistas que atuam na APS e a observação não estruturada da rotina clínica desses profissionais com registros em diário de campo. A amostra foi intencional seguindo o critério da saturação teórica e da densidade do material textual produzido (n=11). O material textual das entrevistas e do diário de campo foram interpretados pela análise de conteúdo de Bardin, com o apoio do *software* ATLAS.ti (*Visual Qualitative Data Analysis*). Cada categoria emergente foi discutida tendo por base os conceitos de tecnologias leves do cuidado em saúde, clínica ampliada, atenção centrada no paciente e das Políticas Nacionais de Atenção Básica, Saúde Bucal e Humanização. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e do GHC. **RESULTADOS:** Os resultados mostraram dentistas com práticas clínicas capazes de produzir subjetividades e vínculo, caracterizadas por um acolhimento de escuta e diálogo com o usuário e pela pactuação de um plano terapêutico compartilhado e em constante reconstrução, contrário a uma assistência com foco essencialmente dentário voltado a necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. O usuário foi reconhecido como um sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das de um corpo físico. Os dentistas apontaram que, para além da formação na graduação e pós-graduação, as suas formas de trabalhar foram tecidas em ato, no trabalho em equipe no cotidiano da APS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Propostas de inovação pedagógica nos currículos da área da saúde devem trazer bases teóricas e atividades práticas que incluam as subjetividades como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e as tecnologias relacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Integrais de Saúde, Saúde Bucal, Pesquisa Qualitativa, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Changes in health and education policies have promoted advances in the reorientation of education of health professionals and health care practices in Brazil. Dentistry followed this movement and the formation of dentists in the country was reorganized in Higher Education Institutions seeking a profile of graduates able to work in the SUS. To respond to the challenge of training and to achieve integral care, the dental clinic also needs to be 'expanded' in order to enable other aspects of the subject, other than just the physical, can and should be understood and worked by oral health professionals. **OBJECTIVE:** To analyze the sense attributed to clinical practices of Primary Care (PC) dentists in the care health production. **METHODOLOGY:** This is a phenomenological qualitative research (case study) conducted at the Units of Primary Care of SSC/GHC, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Data collection involved semi-structured interviews guided by a script of guiding questions with dentists who work in PC and the unstructured observation of the clinical routine of these professionals with records in field diaries. The sample was intentional following the criterion of theoretical saturation and the density of the textual material produced (n = 11). The textual material from the interviews and the field diary were interpreted by Bardin content analysis, supported by the ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis) software. Each emerging category was discussed based on the concepts of light technologies of health care, expanded clinical practice, patient-centered attention and the National Policies of Basic Attention, Oral Health and Humanization. The research was approved by the Research Ethics Committees of UFRGS and GHC. **RESULTS:** Results showed dentists with clinical practices capable of producing subjectivity and connection, characterized by a listening and dialogue with the user and by the agreement of a shared therapeutic plan and in constant reconstruction, contrary to an essentially dental-based care, from needs diagnosed exclusively by the professional. The user has been recognized as a subject of experimentation and social interaction, whose needs of the lived body go beyond those of a physical body. Dentists pointed out that, in addition to undergraduate and postgraduate training, their ways of working were produced in act, in teamwork in the everyday life of PC. **CONCLUSIONS:** Proposals for pedagogical innovation in health curricula should provide theoretical bases and practical activities that include subjectivities as one of the dimensions of the way of production of health care and the health relational technologies.

KEY WORDS: Comprehensive Health Care, Dental Health, Qualitative Research, Primary Care, Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLAS	Visual Qualitative Data Analysis
CA	Clínica Ampliada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Educação Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CPO-d	Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados)
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SB	Saúde Bucal

SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTENCIONALIDADES DO ESTUDO.....	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
2.2 SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	19
2.3 FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA PARA O TRABALHO NO SUS.....	21
2.4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	24
2.4.1 <u>Humanização na saúde e a clínica ampliada</u>	26
2.4.2 <u>Inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal</u>	28
2.4.3 <u>Abordagem Centrada na Pessoa</u>	29
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	32
4 PRODUTO.....	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXO A – Parecer de aprovação CEP/UFRGS.....	79
ANEXO B – Parecer de aprovação CEP/GHC.....	82
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	83
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (roteiro entrevista)	85
APÊNDICE C – Produto do mestrado profissional.....	86

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa aborda o tema do cuidado em saúde, a partir de um estudo de caso de abordagem qualitativa que analisa práticas clínicas de dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS).

A opção pela APS justifica-se por ser um espaço potente para práticas em saúde bucal capazes de produzir e considerar importantes as subjetividades e o vínculo, caracterizadas por um acolhimento de escuta, diálogo e compartilhamento do cuidado com o usuário, em contraponto a uma assistência com foco essencialmente dentário, a partir de necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional (BRASIL, 2004a; 2004b; 2009a; BOTAZZO, 2008).

O campo deste estudo foi o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Nesse contexto, cabe ressaltar a experiência do trabalho em APS no referido serviço. O SSC tem sua origem vinculada ao ensino na área da saúde, com a criação da residência em medicina geral comunitária, no início da década de 80. Até 1995, já contava com as atuais 12 Unidades de Saúde de APS. Em 1994, o serviço serviu de referência para a implementação do então denominado 'Programa de Saúde da Família' (PSF), pois já trabalhava com ênfase na APS, população adscrita, assistência domiciliar, equidade na atenção, desenvolvimento de avaliação e realização de estudos operacionais (LUVISON; BALDISSEROTTO, 2008). Ratificando sua vocação para a formação, em 2004 foi criado o Programa de Residência Integrada em Saúde, na ênfase em Saúde da Família e Comunidade, que inclui hoje profissionais das áreas de enfermagem, odontologia, serviço social, psicologia, farmácia, nutrição e terapia ocupacional.

Em 1988, a partir da reivindicação dos usuários, ocorreu a instalação do primeiro consultório odontológico com um dentista fazendo parte da equipe de APS no SSC. Junto a essa característica reivindicatória das comunidades, a expansão da saúde bucal no SSC foi acontecendo também em função da consolidação das ações de saúde bucal nas Unidades que contavam com esse serviço e que influenciavam as demais equipes de saúde (LUVISON; BALDISSEROTTO, 2008).

Estabelece-se, nesse serviço de APS, o lugar de que fala o pesquisador e sua implicação na pesquisa. O pesquisador tem sua trajetória profissional marcada

por contextos de formação em serviço, visto que foi residente da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e após esse período, como preceptor em serviços de atenção primária a saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Desde a graduação apresentava interesse pelas questões que iam para além dos conhecimentos duros da profissão odontológica, aproximando-se das questões de saúde coletiva e no âmbito da política estudantil. Ao ingressar no SSC, a seis anos, deparou-se com um corpo de dentistas experientes em APS e o interesse em conhecer como eram suas práticas em saúde bucal foi crescendo na medida que ia se relacionando e conhecendo melhor o grupo no núcleo da odontologia. Considerando a organização dos processos de cuidado em saúde no SSC e o incentivo aos dentistas na busca de novas tecnologias (LUVISON; BALDISSEROTTO, 2008) a fim de adequar o conhecimento e práticas trazidos da academia à realidade das equipes e dos territórios, justifica-se essa pesquisa.

Assim, tem-se como **problema de pesquisa**: como se constituem as práticas de cuidado dos dentistas da APS, na perspectiva da clínica odontológica?

Também estimularam esse estudo, as observações realizadas pelo pesquisador, ao longo do período como preceptor de campo na APS, em relação a incorporação de condutas profissionais 'relacionais' na clínica pelos estudantes. Em meio a uma formação com ênfase em tecnologias 'leve-dura' e 'dura' da profissão odontológica, os espaços dentro da universidade para se trabalhar e experienciar dimensões do cuidado que envolvam as subjetividades e as tecnologias leves/relacionais são pouco percebidos pelos estudantes, tornando o estágio curricular o cenário de prática que estimula e desenvolve tais vivências.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS – CAAE 51239115.5.0000.5347 e do GHC – CAAE 51239115.5.3001.5530 (ANEXO A e B). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para refletir sobre a questão problematizada, a dissertação está organizada em cinco capítulos:

No primeiro capítulo abordam-se as intencionalidades e os objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo trata do referencial teórico que embasou o processo de construção da presente pesquisa: a Atenção Primária à Saúde e a inserção da saúde bucal no SUS, no contexto de mudanças nas políticas de saúde. Apresentam-se, também, aspectos sobre a formação em saúde, em especial na odontologia, e seus desafios à luz das políticas na área de saúde e educação; por fim, são abordados aspectos referentes à produção do cuidado em saúde, utilizando-se a produção brasileira sobre o assunto, e o referencial da Abordagem Centrada na Pessoa.

No terceiro capítulo, está apresentado o artigo científico contendo resumo, introdução, percurso metodológico, resultados e discussão, considerações finais, referências e abstract.

No quarto capítulo apresenta-se o produto do Mestrado Profissional. Trata-se de um informativo que busca refletir sobre condutas profissionais em clínica, direcionado aos profissionais da saúde, professores, residentes e estudantes de graduação em odontologia inseridos em atividades de ensino nos serviços na APS.

O quinto capítulo encerra os elementos textuais da dissertação, identificando as considerações finais da pesquisa realizada.

1 INTENCIONALIDADES DO ESTUDO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou um grande avanço na política de saúde brasileira trazendo uma concepção de atenção à saúde pautada pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização, regionalização e participação social (BRASIL, 1990).

Para a saúde bucal, a reorganização da atenção à saúde teve no conceito de cuidado seu eixo principal, sendo previsto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004b).

Esse cenário nacional de mudanças de prática trouxe a necessidade de qualificação na educação dos futuros profissionais da saúde bucal. Estratégias importantes foram organizadas, para além da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos cursos de graduação em Odontologia (BRASIL, 2002a) ocorrida já em 2002: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2007a), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde (BRASIL, 2010) e as residências multiprofissionais em saúde (BRASIL, 2005) são exemplos.

O ‘novo’ modelo de atenção em saúde bucal teve como pressupostos a constatação negativa de que o ensino e a prática odontológica eram insuficientes e inadequados a essa nova proposta (CANALLI et al., 2011).

As DCN direcionaram, então, os currículos da graduação em saúde para a formação de um profissional que deveria estar em consonância com o esperado para atuação no SUS, dando respostas às necessidades de saúde da população, compreendendo-a na sua subjetividade e individualidade (BRASIL, 2002a). Para o alcance desse perfil e buscando a integralidade do cuidado, a clínica odontológica também precisa ser ‘ampliada’ no sentido de possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o físico, possam e devam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais da saúde bucal (CAMPOS, 1999; CUNHA, 2010), os quais precisam estar capacitados para identificar necessidades percebidas e não percebidas pelos indivíduos nas práticas de cuidado (BRASIL, 2007b).

Trata-se de um cuidado em saúde baseado no interesse e na empatia, efetivo e produtor de mudanças (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014), onde as

tecnologias leves, relacionais, passam a ter elevada importância, pois passam a fazer parte dos objetivos dos profissionais da saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

O vínculo, no ponto de vista do cuidado, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

Apesar dos avanços conquistados a partir das DCN e da PNSB, a imagem do dentista ainda está relacionada a sentimentos negativos como dor, medo e ansiedade (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012; CARVALHO, 2012). Além disso, esses profissionais geralmente estão vinculados a tecnologias duras (MERHY, 1997a) que incluem procedimentos cirúrgico-restauradores, instrumentais de trabalho, uma cadeira odontológica e o consultório odontológico como um todo.

Nesse contexto de pensar a produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal é que foram definidos os objetivos da presente pesquisa, a qual tem como **objetivo geral**:

Analisar os sentidos atribuídos às práticas clínicas por dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado.

E como **objetivos específicos**:

- Conhecer as rotinas do cuidado em saúde, durante os atendimentos em clínica odontológica na APS.
- Compreender como dentistas da APS percebem o estabelecimento do vínculo com os usuários do SUS.
- Identificar como as experiências de formação dos dentistas constituíram o profissional da APS.
- Trazer elementos que possam subsidiar discussões sobre a inovação de práticas clínicas no ensino da odontologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009).

Um dos pressupostos da APS foi o chamado Relatório Dawson (1920), que propôs a organização do sistema de serviços de saúde em centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população (STARFIELD, 2002).

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata define Atenção Primária à Saúde (ou Cuidados Primários em Saúde), propondo 'Saúde para todos no ano 2000' (OMS, 1978). O documento descreve ainda ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS nos países participantes da Conferência e orienta para a organização de um sistema de saúde baseado em cuidados primários.

No Brasil, com o movimento da reforma sanitária, a conceituação ampla de saúde assume destaque, tendo sido incorporada ao relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde: direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986a).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) prevê, no artigo 196, saúde como direito de todos e dever do Estado, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, estabelecendo um Sistema Único de Saúde (SUS) baseado pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

A APS no Brasil incorporou os princípios da reforma sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2009). A ABS caracteriza-se por

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 9)

Em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2012). Em seguida surge o Programa Saúde da Família (PSF), composto por equipes mínimas (médico, enfermeiro, técnicos enfermagem e agentes comunitários de saúde) e trabalhando com área territorial adscrita e um número definido de famílias assistidas (BRASIL, 2012) com a extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e vulneráveis (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF consolidou-se como a principal estratégia de configuração e reorganização do cuidado na ABS no Brasil, tornando-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) e caracterizando-se por receber importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e a reorganização da atenção (BRASIL, 2012).

A ESF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita (MATTA; MOROSINI, 2009), sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de

comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios do SUS e deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

Em 2017, já são mais de 39.500 equipes de Saúde da Família implantadas, o que proporciona uma cobertura estimada de 63% da população brasileira (BRASIL, 2017).

2.2 SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Um marco para a saúde bucal brasileira foi o movimento da reforma sanitária, que culminou, no mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – 1986 –, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Essa Conferência contou com mais de 1000 participantes e 286 delegados de todos os segmentos, e constituiu-se, pela primeira vez no país, num debate democrático sobre a saúde bucal brasileira. Em seu relatório final, afirmou a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, esboçou um primeiro diagnóstico da situação de saúde bucal no país e propôs sua inserção no SUS, elencando possibilidades de financiamento dessas ações (BRASIL, 1986b).

No final da década de 1980, o modelo de prática odontológica dominante no país mostrava resultados desanimadores tais como: ênfase no biológico e no curativo; baixa cobertura; uso de tecnologia sofisticada em procedimentos básicos; altos custos; ineficiência e ineficácia; iatrogênica e mutiladora; com pouco ou nenhum impacto. Tecnicamente, a odontologia brasileira era comparável à dos países desenvolvidos, entretanto, não resolveu e nem manteve compatíveis à época, os níveis de saúde bucal da população (BOTAZZO et al., 2013).

Corroborando com essa situação, o primeiro levantamento de saúde bucal realizado no Brasil, iniciado em 1986, revelou índices de doenças bucais muito aquém das metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mostrando um valor de CPO-D muito acima do proposto pela OMS em todas as regiões do país e em quase todas faixas etárias analisadas (BRASIL, 1989).

Em 1993, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, tendo como tema central ‘a saúde bucal como um direito de cidadania’, aprovando diretrizes para a saúde bucal do país e indicando estratégias para a renovação do modelo de atenção em saúde bucal. A proposta criticava as políticas de ‘Estado Mínimo’ e

trazia à tona a participação do Estado e do controle social na formulação de formas de financiamento, formação profissional, descentralização das ações, universalidade e equidade (BRASIL, 1993).

Uma nova perspectiva para a saúde bucal foi aberta em 2000, com a edição da portaria 1444, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios, por meio do então chamado Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um novo levantamento epidemiológico em saúde bucal em âmbito nacional que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários. Após um longo trabalho e a participação de aproximadamente 2000 pessoas em 250 municípios brasileiros, o perfil de saúde bucal no país foi apresentado no Projeto SB Brasil 2003. Os resultados deste levantamento mostraram que o Brasil conseguiu superar a meta proposta pela OMS para a idade de 12 anos (atingindo 2,8; redução de 58,2% em relação ao levantamento anterior), que considera aceitável o valor do CPO-D menor ou igual a 3, mas isso não ocorreu de maneira homogênea entre as regiões do país (BRASIL, 2004c).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal aconteceu articulada com a 12ª CNS; nesse encontro estiveram presentes mais de 3000 delegados que sob o eixo 'Acesso e qualidade superando a exclusão social' aprovaram propostas que reafirmavam a educação em saúde como base de construção de cidadania, exigindo também a qualificação dos profissionais de saúde bucal e a reorientação das práticas a partir de uma nova organização e de criação de formas estáveis de financiamento (BRASIL, 2004d).

A saúde bucal contemplaria princípios como universalização e integralidade, em 2004, quando foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente –, que propôs reorientar a assistência pela promoção de saúde como eixo do cuidado; universalizar acesso a serviços pela inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado; e contemplar todos os níveis de atenção (integralidade) ao instalar os CEO (Centros de Especialidades Odontológicas) e os LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária) (BRASIL, 2004b).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em

termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção na área, valendo-se da inclusão das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000).

Na ABS, as ESB foram organizadas em três modalidades distintas. Na modalidade I são constituídas por dentista e auxiliar em saúde bucal. Na modalidade II são formadas por dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. As equipes da modalidade III, com dentista e auxiliar de saúde bucal, atuam em unidades móveis (BRASIL, 2012).

A inclusão das profissões auxiliares representou um grande avanço no modo de produzir o cuidado, pois além de atuarem nas ações de promoção à saúde, colaboram no atendimento clínico, participam do planejamento e organização técnica das atividades da equipe (COSTA, 2015).

O número de ESB na ESF implantadas no Brasil saltou de 4.261 em 2003, para 24.039 até janeiro de 2017. Como resultado, há pelo menos uma equipe de saúde bucal em 89,5% das cidades brasileiras (PUCCA JÚNIOR et al., 2015; BRASIL, 2017).

2.3 FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA PARA O TRABALHO NO SUS

A construção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde no Brasil, em especial a odontologia, a partir do ano 2000, teve como pressupostos a constatação negativa de que o seu ensino e a prática receberam influências dos modelos flexneriano e do giesiano, os quais trazem como referência elementos ideológicos marcantes: o mecanicismo, o biologicismo, a especialização precoce, a tecnificação do ato odontológico, a exclusão de práticas alternativas, a ênfase na odontologia curativa e a assistência individual (MOYSES, 2004).

Segundo Silva et al. (2007), o ensino tradicional, fragmenta o saber, dificulta a integração entre as diferentes disciplinas, ministradas segundo lógicas próprias. Além disso, traz um grande conteúdo de informações, sem induzir à avaliação crítica e na qual o estudante se transforma em um objeto a receber conhecimento, sem induzir a reflexão mais aprofundada. Nessa lógica de ensino, há pouca relação com as necessidades da população, não há interação com a comunidade e seu ambiente e há uma subestimação das dimensões subjetivas e socioculturais do indivíduo.

Assim, o perfil do profissional formado mostrava-se inadequado para as necessidades do país.

Em contraposição a tal modelo, foram instituídos marcos legais para reformas na formação no ensino superior: a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 – que preconiza as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que devem configurar a elaboração dos projetos pedagógicos, e as DCN dos cursos de graduação em Odontologia – Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 – que, em sintonia com a LDB, propõe a formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo, com sólida formação técnico-científica e ético humanista para atuar em todos os níveis da atenção (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002a).

As DCN impulsionaram as instituições de ensino superior a reestruturar seus currículos e estratégias pedagógicas de ensino, integrando o ensino com o serviço público, tendo como pressuposto que o SUS deve ser o ordenador das políticas de formação de recursos humanos em saúde. As diretrizes expressaram as necessidades, em termos de perfil profissional, da sociedade brasileira (BRASIL, 1990; ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008).

Também em 2002, nos cursos de Medicina, foi instituído o PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas), com a intenção de impulsionar as mudanças curriculares na graduação. Teve como objetivos reorientar os produtos da escola médica com ênfase nos modelos de atenção, especialmente a atenção básica, integração com os gestores do SUS e, a partir daí a construção de novos cenários de ensino-aprendizagem e introdução de novas metodologias pedagógicas e de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2002b). No final de 2005 é implementado o PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), tendo os mesmos objetivos e a partir da experiência positiva do PROMED. Além das escolas de medicina, o PRÓ-SAÚDE abrangeu as escolas de enfermagem e odontologia. Em 2007, foi ampliado o PRÓ-SAÚDE para todas as profissões da saúde, visando a reorientação da formação destes profissionais e reforçando a integração ensino-serviço, o que representou um avanço (BRASIL, 2007a).

Alinhados a esse contexto de mudanças nas políticas públicas de educação, em 2004, é implementada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) trazendo a

expansão dos serviços de saúde bucal, tanto na atenção primária quanto na atenção secundária, e isso possibilitou a criação de campos de práticas para a formação dos profissionais. Esses novos cenários permitiram inovações e avanços na formação em odontologia, acompanhadas de um reconhecimento dos contextos e realidades locais das comunidades (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008).

Destaca-se, nessa conjuntura de reestruturação de currículos, o estágio curricular junto aos serviços de atenção primária do SUS. Na odontologia, o estágio permitiu a concretização do trabalho com autonomia, aproximando os estudantes de odontologia da realidade dos serviços e dos demais profissionais da saúde, bem como uma melhor compreensão do processo de cuidado com a comunidade, preparando-os para o trabalho no SUS (ALVES et al., 2012; TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012).

Uma outra forma de qualificação da formação profissional, a residência multiprofissional em saúde foi instituída em 2005, no âmbito do Ministério da Saúde, no sentido de capacitar o profissional para o trabalho em equipe. Grande parte dos programas de residência instituídos, se referiram a trabalho na APS. O processo de formação é, assim, imbricado ao processo de trabalho. Os residentes são inseridos e passam a fazer parte das equipes nas Unidades, envolvendo-se e responsabilizando-se, juntamente com os demais membros, pelas necessidades de saúde da população do território (DEMARCO, 2011).

Já para os trabalhadores do SUS, dentre os pressupostos apontados pela PNSB para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, evidencia-se a política de educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) aparece como uma diretriz para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004e).

Nessa perspectiva, a educação deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido permanentemente por toda a vida profissional (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008), onde as demandas a serem trabalhadas não se definem a partir de listas individuais ou de orientações do nível central, mas sim emergem do cotidiano do trabalho das equipes, do seu processo de trabalho (JAEGER; CECCIM, 2004). Franco e Merhy (2013) defendem a ideia de

que para provocar processos de subjetivação, a educação permanente na saúde deve implicar os sujeitos com seu próprio processo de trabalho.

Houve, desse modo, a qualificação tanto do ensino, quanto das ações em saúde bucal, a partir da expansão das ESB nas ESF, com impacto tanto nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (BARTOLE, 2008) quanto nos processos de trabalho nos serviços públicos (SANTOS, 2006). Tem-se uma prática mais integral, porém, com ecos menores no que se refere à produção de tecnologias de cuidado em ambiente clínico (BARROS; BOTAZZO, 2011).

2.4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Pode-se dizer que o cuidado em saúde é uma relação que se estabelece entre pessoas, e que busca o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar (AYRES, 2004). Para além do atendimento das necessidades sentidas, do uso do saber profissional e das tecnologias necessárias, o cuidado inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento com escuta do sujeito, abrindo espaço para as subjetividades do outro, considerando seu contexto sociocultural e histórias de vida (JUNQUEIRA, 2005; PINHEIRO, 2009).

A subjetividade é entendida como uma produção sócio histórica de cada indivíduo, em que cada pessoa tem valores construídos conforme sua experiência, sua cultura e seus desejos. É mutável ao longo do tempo e determina a forma com que o trabalhador analisa e intervém sobre o mundo do trabalho em saúde (FRANCO, 2006).

O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores e usuários em redes que permitam a participação ativa de todos os envolvidos, pode ampliar o cuidado e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de cuidado integral possibilita inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos e devolver a eles o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos (PINHEIRO, 2009).

Neste sentido, todo serviço de saúde é um lugar de produção de cuidado, e utilizam-se tecnologias que definem os modos de se produzir os atos de saúde segundo intencionalidades e subjetividades, na relação entre usuários, trabalhadores e gestores. As formas de produzir o cuidado e os atos de saúde

relacionam-se com as possíveis combinações destas tecnologias (MERHY¹, 2000 apud COSTA, 2015).

Merhy (1997a) propõe a compreensão de tecnologia em saúde a partir de três formas distintas:

- Tecnologia dura: é a tecnologia das máquinas ou ferramentas usadas na intervenção de pacientes. Esteve sempre predominante na prática hegemônica, centrada em aparatos sofisticados, de elevados custos e que requer de profissionais cada vez mais especializados. Na odontologia se pode citar como exemplos os equipamentos odontológicos, aparelhos de raio-X e instrumentais.

- Tecnologia leve-dura: é a tecnologia ligada à organização e administração de ações e serviços encontrando-se, portanto, presente em todas as atividades de saúde e esteve muito relacionada aos modelos de racionalização de serviços (programas e protocolos), acarretando parâmetros de eficiência para o alcance de metas máximas, mas não buscando a proximidade com os usuários e nem a satisfação do profissional.

- Tecnologia leve: é entendida como a tecnologia envolvida no processo de relações estabelecidas entre um trabalhador de saúde e um usuário-paciente, isso a partir de um trabalho vivo, com interlocução, possibilitando falas, escutas e interpretações que levam à acolhida das demandas.

Merhy (1997a) aposta nessas tecnologias leves – tecnologia de relações –, na ampliação das possibilidades terapêuticas e no redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida.

Para Campos (1994), do mesmo modo, o incremento das tecnologias leves está relacionado à qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos, perante os usuários. É preciso considerar, no entanto, que tanto os conhecimentos estruturados (tecnologia leve-dura) e as máquinas, aparelhos e tantos outros (tecnologia dura), são fundamentais e/ou complementares na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários na busca pela saúde.

¹ MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. 2000. 227f. Tese de livre-docência. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2000.

Esse entendimento é importante para a compreensão de como se dá a produção do cuidado. Merhy (1997b) afirma que a produção do cuidado na saúde se realiza, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado. E o trabalho vivo é produzido todo o tempo com as máquinas, os instrumentos e as normas, constituindo assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas interações conformam sentidos no modo de produzir o cuidado.

O trabalho em saúde se efetiva no encontro e na disputa de forças ‘instituintes’ entre usuário e profissional, na interseção que se estabelece neste encontro. Por um lado está o ato do profissional de saúde, por outro a necessidade do usuário de restituir a autonomia em sua vida. Esse espaço ‘intercessor’ é o lugar da relação e de produção comum entre os sujeitos, onde ambos são afetados (MERHY, 1997b; MERHY², 2000 apud COSTA, 2015).

Merhy (1997b) defende que a conduta do profissional – micropolítica do trabalho vivo em ato, só depende de sua própria vontade de agir. O modo de produção do cuidado de cada profissional de saúde está relacionado com as suas subjetividades na execução do ato de trabalho.

2.4.1 Humanização na saúde e a clínica ampliada

No campo das políticas públicas de saúde, ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si (PEREIRA; BARROS, 2009).

O direito à privacidade, confidencialidade da informação, consentimento em face de procedimentos médicos praticados com o usuário e ao atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde ganharam força reivindicatória, levando o Ministério da Saúde, no final dos anos 90, a elaborar propostas, programas e políticas de saúde voltadas ao campo da humanização na saúde (PEREIRA; BARROS, 2009).

² MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. 2000. 227f. Tese de livre-docência. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2000.

Neste contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a) foi implementada, também no ano de 2004, como a PNSB, trazendo a prerrogativa de avançar o SUS por meio da valorização das dimensões subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, pelo estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde, fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e pela utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão na construção da autonomia e do protagonismo de sujeitos e coletivos (HAYACIBARA et al., 2012).

Atuando de forma transversal as demais políticas, foram definidas diretrizes gerais para implementação da PNH, sendo que uma delas diz respeito ao reforço do conceito de clínica ampliada enquanto compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004a).

No escopo das ações previstas na PNH está a clínica ampliada. O termo 'ampliada' foi empregado para dimensionar a atuação clínica para além das abordagens convencionais que protocolizam o atendimento aos usuários, restringem seus sentimentos, ignoram seus valores e saberes além de ofuscar suas expectativas (HAYACIBARA et al., 2012). Tal perspectiva pode ser empregada sem abrir mão dos recursos biomédicos de intervenção, mas reconhecendo sua insuficiência para dar conta da complexidade própria da APS (CUNHA, 2010).

Campos (2003), falando sobre a clínica ampliada, considera que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas estará realizando clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, do médico, etc. Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos. Considera que o 'objeto de trabalho' da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer.

A prática da clínica ampliada se dá com a ampliação dos elementos de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Caracteriza-se pela singularização do olhar para o sujeito, superação da fragmentação do atendimento, responsabilização sobre os usuários dos serviços de saúde, ampliação do grau de autonomia do sujeito, valorização da intersetorialidade,

reconhecendo os limites do conhecimento médico e das tecnologias empregadas, abrindo espaços para diferentes setores, além de assumir um compromisso ético profundo com o sujeito da clínica (BRASIL, 2008; 2009a; GODOY, 2013). Vale-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de construção da subjetividade (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2010).

Essa proposta aponta caminhos para a superação da clínica tradicional, focada na doença, e o direcionamento para a clínica ampliada, que considera os elementos da história de vida do sujeito, identificando fatores de risco e proteção e a valorização do papel terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, além dos fármacos e cirurgia (CAMPOS³ et al., 2007 apud GODOY, 2013). Assim, a clínica ampliada pode ser considerada uma proposta de orientação para o trabalho e o ensino na APS (GODOY, 2013).

2.4.2 Inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal

A ampliação da clínica de saúde bucal, parte do pressuposto que historicamente, o modelo de atenção à saúde bucal reproduz as condições da 'odontologia de consultório privado', mantendo-se isolada em relação às práticas integrais de saúde. Dessa forma, justificam-se experiências de uma clínica ampliada de saúde bucal na APS, na perspectiva da integralidade, com a utilização de novas tecnologias de cuidado em saúde bucal, baseadas principalmente nas tecnologias leves. É a possibilidade da inovação, mudanças ou novas arrumações nos processos de trabalho, que propiciam o aumento da eficácia, redução de custos, danos ou desperdícios e aumento do bem estar aos usuários (BOTAZZO et al., 2015).

Novas abordagens para o cuidado, na direção do sujeito e não mais da doença, mesmo que inicialmente causem estranhamento, acabam por produzir alguns efeitos para uma desnaturalização do cotidiano dos serviços de saúde bucal no SUS (PIRES; BOTAZZO, 2015, p. 282).

³ CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Ago. 2007.

Estudo de Barros e Botazzo (2011) mostrou uma intervenção em saúde bucal realizada a partir dos pressupostos de atendimento do problema bucal mais relevante ao usuário, descentramento dentário, constituição de caso clínico por meio da anamnese e integração com a equipe da Unidade de Saúde. O atendimento era realizado em mesa para consulta, e o exame clínico bucal e o levantamento da história do usuário eram registrados em prontuário único, sem o uso de odontograma. Os resultados apontaram para a importância das habilidades de comunicação e para um vínculo caracterizado pelo diálogo, pela tomada de responsabilidades pelos sujeitos e pela resolução das necessidades do usuário.

Botazzo et al. (2015) relataram, ainda, duas experiências no processo de cuidado na clínica odontológica:

- A **anamnese coletiva**, atividade em grupo onde a parte inicial das informações da ficha odontológica é preenchida e discutida entre os participantes, propiciando o vínculo usuário-profissional; o exame físico e os registros em prontuário único eram realizados após a atividade com o grupo.

- A **consulta em saúde bucal**, onde são realizado o acolhimento inicial, a anamnese e exame físico; solicitações de exames complementares e prescrições. Essa modalidade de consulta pode ser realizada em salas de atendimento de uso comum a outros profissionais, dentro da Unidade de Saúde, não necessitando da cadeira odontológica, com o objetivo de escutar o usuário e constituir o caso clínico. Em ambas as experiências, a anamnese não se restringia à que é usualmente praticada. Relacionava outros eventos observáveis no indivíduo, tais como possíveis manifestações sistêmicas da doença bucal ou vice-versa, e considerava os aspectos psicossociais e de contexto de vida. A avaliação realizada com os usuários participantes dessas duas modalidades apontou para ganhos qualitativos ao serviço e aos profissionais (BOTAZZO et al., 2015; SOUZA et al., 2015).

2.4.3 Abordagem Centrada na Pessoa

Uma das formas de atuação no cuidado em saúde voltada ao usuário e suas potencialidades, e não à doença, é a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP).

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) trata das relações interpessoais, desenvolvida pelo norte-americano Carl Rogers (1902-1987), que contribuiu para o desenvolvimento do campo da psicologia humanista. Segundo a ACP, a

personalidade humana tem uma tendência para o crescimento e a saúde, por meio de atitudes e recursos interventivos que permitem o resgate do potencial realizador existente nos seres humanos, conhecido como a 'Tendência Atualizante' e reconhecido como o pilar da teoria Rogeriana (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

As atitudes que facilitam essa 'Tendência Atualizante' são a consideração empática, a consideração positiva incondicional e a autenticidade (ou congruência). A consideração empática implica na consideração do outro, de seu mundo subjetivo próprio, de seu campo fenomenológico. É a capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar da sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não-verbal o permite. É a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê (ROGERS; KINGET⁴, 1977 apud GOBBI et al., 2002). A consideração positiva incondicional consiste numa postura ou atitude de consideração irrestrita, numa atitude de abstenção de julgamentos, o que implica na não oposição a qualquer elemento expresso, verbal ou não verbal, direta ou indiretamente pela pessoa. Já a autenticidade significa que o indivíduo seja aquilo que realmente é, no momento da relação. Inclui qualquer forma de ser, enquanto esta mesma seja verdadeira. É o oposto de apresentar uma 'fachada', quer ele tenha ou não conhecimento disso. A união dessas condições em qualquer relacionamento interpessoal seria necessária e suficiente para o desenvolvimento da pessoa (GOBBI et al., 2002).

O campo de aplicação da ACP é bastante amplo, com repercussões nas áreas da psicologia, medicina, enfermagem e terapia ocupacional. Sua utilização na odontologia vem sendo estudada na literatura internacional, tanto em estudos de revisão sistemática (MILLS et al., 2014), quanto nos que propõem a elaboração de modelos teóricos para sua aplicação (MILLS et al., 2015). Os resultados desses estudos apontaram para uma escassez de evidências em relação à utilização da abordagem centrada na pessoa na odontologia, bem como para um modelo teórico preliminar que agregou às dimensões funcionais, dimensões relacionais, como vínculo, valores, empoderamento, atitude e comunicação.

⁴ ROGERS, C. R.; KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

Entende-se, assim, que todo trabalho que envolva relações humanas, pode adotar a ACP como forma de lidar com o outro, valorizando a potencialidade terapêutica da relação.

3 ARTIGO CIENTÍFICO⁵

Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas da Atenção Primária à Saúde*

Vinícius Antério Graff¹

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²

¹ Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre – RS, Brasil (graffvinicius@gmail.com)

² Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS, Brasil (ramona.fernanda@ufrgs.br)

* A pesquisa apresentada no artigo é resultado de dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGEnSau) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resumo

Pesquisa qualitativa de base fenomenológica (estudo de caso) cujo objetivo foi analisar os sentidos atribuídos às práticas clínicas por dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado. Entrevistas semiestruturadas guiadas por um roteiro de questões norteadoras com dentistas que atuavam em serviços de APS e a observação não estruturada da rotina clínica desses profissionais com registros em diário de campo foram utilizadas para a coleta de dados. A amostra foi intencional seguindo o critério da saturação teórica e da densidade do material textual produzido (n=11). Os resultados mostraram dentistas com práticas clínicas capazes de produzir subjetividades e vínculo, caracterizadas por um acolhimento de escuta e diálogo com o usuário e pela pactuação de um plano terapêutico

⁵ Artigo formatado de acordo com as normas do periódico Physis: Revista da Saúde Coletiva (<<http://www.scielo.br/revistas/physis/pinstruc.htm>>).

compartilhado e em constante reconstrução, contrária a uma assistência com foco essencialmente dentário voltada a necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. O usuário foi reconhecido como um sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das de um corpo físico. Propostas de inovação pedagógica nos currículos da área da saúde devem trazer bases teóricas e atividades práticas que incluam as subjetividades como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e as tecnologias relacionais.

Palavras-chave: cuidados integrais de saúde, saúde bucal, pesquisa qualitativa, atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde.

Introdução

Políticas de saúde e educação promoveram avanços na reorientação de práticas de atenção à saúde no Brasil, processo esse que afetou fundamentalmente a saúde bucal.

A incorporação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB), a partir de 2000, viabilizou que cuidados de saúde bucal integrassem as ações da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2000; NASCIMENTO et al., 2013). Em 2004, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como 'Brasil Sorridente', tornou a saúde bucal uma das quatro áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), transformando a saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004a; PUCCA JÚNIOR et al., 2015), a qual passou a contar com financiamento para equipes de saúde bucal na ESF e implantação de serviços e procedimentos de média e alta complexidade, caracterizando uma rede articulada de cuidado em diferentes níveis de atenção à saúde (PUCCA JÚNIOR et al., 2009). Estabeleceu-se, assim, uma nova perspectiva para a consolidação do conceito de integralidade do cuidado, previsto desde a criação do SUS.

Esse contexto propiciou a ampliação e qualificação do escopo de ações em saúde bucal, com impacto tanto nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (BARTOLE, 2008) quanto nos processos de trabalho nos serviços públicos (SANTOS, 2006). Tem-se uma prática mais integral, porém com ecos menores no que se refere à produção de tecnologias de cuidado em ambiente clínico (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Alia-se ao contexto, a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), também no ano de 2004, trazendo a prerrogativa da valorização das dimensões subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS (HAYACIBARA et al., 2012).

Já na educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002), impulsionadas por iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2007a), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde (BRASIL, 2010; FONSÊCA et al., 2014) e, mais recentemente, o PET-Saúde GraduaSUS (BRASIL, 2015), induziram a elaboração de projetos pedagógicos diferenciados nos cursos de graduação em saúde, com currículos integrados de base interdisciplinar e articulados ao SUS. Destacam-se ainda, estratégias importantes entre saúde e educação, para promover a aproximação entre educação e trabalho, como as residências multiprofissionais em saúde (BRASIL, 2005).

A odontologia acompanhou esse movimento e a formação de dentistas no país tem sido reorganizada no sentido de promover um perfil de profissionais egressos aptos a atuar no SUS (WARMLING et al., 2011; TOASSI et al., 2013). Apesar dos inegáveis e reconhecidos avanços, a reformulação de saberes e práticas para reorientar a clínica odontológica não teve, ainda, as modificações esperadas e necessárias.

Para alcançar a integralidade do cuidado, a clínica deve ser ‘ampliada’ no sentido de possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o físico, possam e devam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais (CAMPOS, 1999; CUNHA, 2010), os quais precisam estar capacitados para identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos (BRASIL, 2007b).

No encontro terapêutico entre usuário e profissional espera-se uma relação de interesse e empatia (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014), de interação de pessoas buscando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar (AYRES, 2004), mediada pela utilização de tecnologias leves de cuidado, ou seja, tecnologias envolvidas no processo das relações, estabelecidas a partir de um trabalho vivo, com interlocução, possibilitando falas, escutas e interpretações (MERHY; FRANCO, 2003).

Entendendo a importância da qualidade da relação estabelecida entre usuário e profissional para as ações de atenção à saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar os sentidos atribuídos às práticas clínicas por dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa (YIN, 2010), cujo campo de investigação foram as Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O Grupo Hospitalar Conceição é referência para o SUS no campo da assistência, pesquisa e formação em saúde e no desenvolvimento de tecnologias em saúde. Sua estrutura envolve os Hospitais Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Saúde Comunitária e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. O Serviço de Saúde Comunitária é composto por doze Unidades de Saúde localizadas na zona norte de Porto Alegre. Atuam nesse serviço 39 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituídas pela equipe básica preconizada além de assistentes sociais e psicólogos. Os núcleos de farmácia, nutrição, terapia ocupacional e psiquiatria também estão presentes, atuando na lógica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Serviço conta, também, com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) além de uma equipe do Consultório na Rua. É campo de formação em APS para estágios curriculares de cursos de graduação em saúde do Estado e para os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017).

Foram convidados a participar da pesquisa os dentistas trabalhadores das 12 Unidades de Saúde do SSC/GHC. Esses profissionais deveriam estar atuando nas equipes de saúde bucal dessas Unidades de Saúde, desenvolvendo atividades clínicas e coletivas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal. Foram excluídos os dentistas que estavam afastados do trabalho (licença saúde/ licença

maternidade/ licença interesse/ férias) ou que exercessem funções exclusivamente administrativas no período de realização do estudo.

A produção de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2016, após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 51239115.5.0000.5347) e do Grupo Hospitalar Conceição (CAAE 51239115.5.3001.5530). Entrevistas semiestruturadas com os dentistas e a observação não estruturada (SOMEKH; JONES, 2015) com registros em diário de campo (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004) foram utilizadas para a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas de modo individual, gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra. Cada entrevista teve um tempo de duração de cerca de uma hora, seguindo um roteiro previamente testado, com 11 questões norteadoras (Quadro 1). Todas as transcrições foram devolvidas aos entrevistados para que pudessem lê-las, verificando se estavam de acordo com as ideias apresentadas e, se julgassem necessário, modificassem e/ou complementassem seus depoimentos.

Quadro 1 – Questões norteadoras do roteiro da entrevista com dentistas⁶.

QUESTÕES NORTEADORAS	INFORMAÇÕES
Perfil demográfico	Sexo, idade
Aspectos relacionados à formação	Tempo de conclusão da graduação Curso de pós-graduação
Aspectos relacionados ao trabalho	Tempo de trabalho na instituição
Práticas clínicas de cuidado em saúde na APS	Descrição da rotina de atendimentos clínicos e caracterização da abordagem ao usuário Utilização do prontuário de família e ficha odontológica Estabelecimento do plano terapêutico Conceito de cuidado integral e clínica ampliada Estabelecimento do vínculo entre usuário e dentista Características do dentista para promover cuidado em saúde Relação da prática de cuidado com a formação na graduação Atuação como preceptor de estágio curricular da graduação e residência

Fonte: Quadro elaborado pelos pesquisadores.

⁶ O roteiro das entrevistas está apresentado no Apêndice B.

A observação foi realizada nas Unidades de Saúde de atuação dos dentistas entrevistados, tendo a duração de aproximadamente cinco horas, com a intenção de observar a rotina clínica desses profissionais. Fatos concretos, relações interpessoais, experiências pessoais do investigador, conversas informais, reflexões e sentimentos durante o período da pesquisa, fizeram parte do momento da observação e foram registrados em diário de campo.

Para o encerramento da coleta de dados, a qualidade do material textual obtido foi avaliada pelos pesquisadores, tanto em relação às repetições de temáticas e ideias apresentadas – saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011), quanto em relação à densidade de conteúdo das entrevistas. Dos 25 dentistas trabalhadores das Unidades de Saúde do SSC/GHC, 11 foram entrevistados, totalizando aproximadamente 10 horas de gravação em áudio.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), com o auxílio do *software Visual Qualitative Data Analysis (ATLAS.ti)* e a abordagem teórica da fenomenologia enquanto estudo da significação e das essências (MERLEAU-PONTY, 2006), à luz dos conceitos de tecnologias leves do cuidado em saúde, clínica ampliada, atenção centrada no paciente e das Políticas Nacionais de Atenção Básica, Saúde Bucal e Humanização.

Para preservar o sigilo de identificação dos participantes do estudo, o material textual de cada entrevista foi codificado por números (E1 a E11).

Resultados e discussão

Este é um estudo que trata de percepções. Entendendo que toda percepção se dá dentro de um ponto de vista específico, de um sujeito pensante situado em um ponto no mundo do tempo e do espaço (MATTHEWS, 2011), conhecer aspectos relacionados ao trabalho e formação dos dentistas entrevistados integram o processo de compreensão de suas percepções.

Dos 11 dentistas entrevistados, oito eram mulheres, com idade entre 32 e 56 anos. O tempo desde a conclusão da graduação variou de 9 a 33 anos, sendo que quatro entrevistados estavam formados há mais de 25 anos. Todos os profissionais realizaram cursos de pós-graduação *lato sensu* – Especialização e/ou Residência e sete apresentavam formação em diferentes modalidades de pós-graduação, tanto *lato sensu* – Especialização e Residência – quanto *stricto sensu* – Mestrado e

Doutorado (Tabela 1). As especializações e/ou residências realizadas tratavam-se de cursos na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva/Saúde da Família e Comunidade e Informação em Saúde.

Tabela 1 – Perfil demográfico, de trabalho e de formação dos dentistas da APS.

VARIÁVEIS	n
SEXO	
Feminino	8
Masculino	3
IDADE (ANOS)	
32-35	5
36-40	2
52-56	4
TEMPO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO (ANOS)	
De 9 a 12	6
De 18 a 25	2
De 30 a 33	3
TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO (ANOS)	
De 1 a 5	3
De 8 a 10	5
De 23 a 28	3
CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	
Especialização e/ou Residência	4
Especialização e/ou Residência e Mestrado	4
Especialização e/ou Residência, Mestrado e Doutorado	3
TOTAL	11

Fonte: Tabela elaborada pelos pesquisadores.

O conjunto do material produzido pelas entrevistas e observação está apresentado em três categorias emergentes (Quadro 2). Essas categorias representam a percepção por dentistas sobre a produção do cuidado, nas práticas clínicas em saúde bucal na APS.

Quadro 2 – Categorias de análise.

Categorias de análise	Definição constitutiva	Definição operacional
Construção de sentidos na clínica odontológica: rotinas de encontros marcados pela escuta, diálogos e produção de subjetividades	Caracteriza as rotinas de cuidado durante os atendimentos clínicos dos dentistas da APS.	Operacionalizada por meio dos seguintes aspectos: - experiências e trajetórias individuais no processo de trabalho nos atendimentos clínicos na APS.
O vínculo usuário-profissional como estratégia de práticas resolutivas do cuidado em saúde	Expressa a compreensão de como ocorre a formação do vínculo entre usuário e profissional, enquanto um fenômeno desejável para o processo de trabalho em APS.	Operacionalizada por meio dos seguintes aspectos: - características essenciais percebidas pelos dentistas na constituição do vínculo usuário-profissional.
A constituição do dentista em ato	Expressa as experiências de constituição do profissional da APS como dentista.	Operacionalizada por meio dos seguintes aspectos: - formação na graduação, pós-graduação, prática profissional como preceptor, educação permanente.

Fonte: Quadro elaborado pelos pesquisadores.

Construção de sentidos na clínica odontológica: rotinas de encontros marcados pela escuta, diálogos e produção de subjetividades

As narrativas produzidas pelos dentistas entrevistados acerca das rotinas do cuidado, durante os atendimentos odontológicos realizados na APS trouxeram, em um primeiro momento, aspectos voltados ao acolhimento do usuário. A abordagem inicial expressou a preocupação do profissional em apresentar-se para que a pessoa saiba quem irá atendê-la e em chamá-la pelo seu nome, em detrimento da despersonalização quando a identificação acontece como um ‘número’ ou uma ‘ficha’ nos serviços de saúde.

Na minha rotina de trabalho no ambulatório, vou até a sala de espera, chamo o paciente pelo nome, cumprimento ele e me identifico, para as pessoas que eu não conheço, e aí a pessoa me acompanha até a sala de atendimento. (E2)

O primeiro contato com essa pessoa, eu me identifico, digo meu nome, digo que sou eu a pessoa da área de referência. (E8)

Reconhecido como um direito do usuário (CANALLI et al., 2012; MATOS; MENDES; SANTANA, 2016), tão importante quanto a identificação da pessoa pelo nome é a apresentação do profissional que a estará cuidando. A própria PNH

(BRASIL, 2004b) reforça como uma prioridade para o usuário do SUS saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

Um segundo momento desse acolhimento, percebido pelos dentistas, diz respeito à escuta ao usuário quanto a suas motivações, queixas, percepções de necessidades e expectativas em relação ao serviço.

Eu sempre procuro acomodar a pessoa, depois num segundo momento eu procuro conversar com a pessoa [...] para poder ouvir desde o que ela traz, o que motivou ela vir aqui. (E7)

O início é sempre ouvindo, procuro ouvir um pouco sobre o que a pessoa veio buscar, qual a queixa, como a pessoa está se percebendo, o que ela percebe nela como uma necessidade para além de uma queixa de dor, uma demanda mais urgente, o que ela espera, o que fez com que ela procura-se o atendimento. (E4)

Nesta pesquisa, o acolhimento é entendido como postura, atitude e tecnologia de cuidado (BRASIL, 2013). Segundo Merhy (1997; 2007), o acolhimento é uma tecnologia leve que acontece em ato, a partir do encontro que se estabelece entre trabalhadores e usuários, onde ocorrem diálogos e interpretações. É um modo de relacionamento que substitui a neutralidade e que se interessa pela vida do usuário. Caracteriza-se por uma relação mais horizontal, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes (CERON, 2015).

Para os dentistas entrevistados, o acolhimento é um momento da clínica marcado pela atenção em relação ao que o usuário diz e pelo diálogo entre usuário-profissional que busca conhecer o usuário e suas necessidades, o que merece destaque.

O diálogo na prática clínica odontológica tem se caracterizado como um ato mecanizado e destituído do real desejo de ouvir atentamente o que a pessoa que procura cuidados tem a dizer (CANALLI et al., 2012). A ênfase está na técnica operatória, ou seja, no procedimento, nas etapas, no material, sem a preocupação com as tecnologias das relações (MERHY, 1997). Se há uma intencionalidade do profissional em promover um cuidado efetivo em saúde, os aspectos subjetivos que envolvam o saber construído no cotidiano de vida das pessoas, devem ser considerados. O diálogo não pode se reduzir à descrição de uma técnica operatória cujo foco tenha um centramento dentário (BOTAZZO, 2006; 2008).

Nessa perspectiva de busca pelo diálogo qualificado e resolutivo, emergiu das entrevistas um dispositivo de cuidado na saúde bucal caracterizado pela realização de um formato inicial de atendimento fora da cadeira odontológica e a utilização de outros espaços, que não o ‘consultório do dentista’, para a escuta ao usuário.

[...] tanto na primeira consulta quanto nas subsequentes, eu procuro fazer a conversa inicial, fora da cadeira odontológica, temos uma mesa de trabalho em que sentamos numa disposição de forma que possamos ficar um de frente para o outro, sem ter a mesa interposta; a parte de anamnese inicial e histórico do paciente eu procuro fazer de uma forma bem informal, para que eu possa já colher informações que possam ir além do roteiro da ficha clínica. (E2)

[...] situações que tu identifica uma necessidade maior de atenção ou mesmo sigilo, a gente se organiza para atender em outra sala, com um pouco mais de privacidade [...] (E4)

Botazzo et al. (2015) relatam a consulta em saúde bucal, que tem como característica ser realizada fora do ambiente ‘odontológico’, é uma experiência de inovação e ampliação do cuidado na clínica de saúde bucal, uma vez que não se utiliza do ‘odontograma’ para o registro do histórico de doenças e das necessidades de tratamento, mas se baseia na história patográfica do usuário (SOUZA, 2003). Unem-se, assim, dimensões da história clínica e aspectos da história de vida dos usuários (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2010).

Barros e Botazzo (2011), ao se referirem a abordagem fora da cadeira odontológica, identificaram que essa prática elimina parte da ansiedade gerada em relação à consulta. Altos níveis de ansiedade podem interferir no tratamento odontológico e quando essa ansiedade é identificada e diminuída, poderá contribuir para o sucesso dos resultados esperados (CANALLI et al., 2012). No serviço estudado, no entanto, é preciso considerar que há Unidades em que a estrutura física não permite tal prática (relato diário de campo). Assim, não se trata de uma opção do profissional, mas sim, das condições de trabalho disponíveis para a utilização dessa abordagem.

Tendo o referencial do acolhimento fundamentado na escuta ao outro, os dentistas descreveram como rotina clínica, a pactuação de plano terapêutico compartilhado com os usuários, que utiliza como recurso o uso do espelho de mão para o acompanhamento do exame da boca pela pessoa, seguido pela conversa estabelecida durante esse exame.

Eu convido a pessoa a sentar na cadeira odontológica e forneço um espelho para a pessoa, para que ela possa ir acompanhando o exame e a gente possa ir conversando, no sentido de pactuar juntos o plano de tratamento. (E2)

[...] partimos para o exame clínico, que é negociando com o paciente, eu trabalho muito com o espelho, nas duas cadeiras sempre tem um espelhinho junto, eu pactuo com o paciente que eu vou fazendo o exame e a gente vai conversando. (E4)

Em conjunto com o usuário, porque ele é que é o mais importante da relação. (E5)

A partir de um plano terapêutico compartilhado entre profissional e usuário durante o exame físico tem-se a possibilidade do acordo de um projeto terapêutico comum (PINTO, 2016).

O uso do recurso do espelho de mão para abordagem do usuário, outra particularidade destacada pelo grupo investigado, também foi descrito em estudos que trataram do uso de recursos educativos em saúde bucal com o usuário na clínica odontológica (MEDEIROS; CARVALHO, 1990; COUTO; COUTO; DUARTE, 2003; GARCIA; SERRA; DOTTA, 2005). O fato do usuário se ver durante o exame clínico contribuiu para ampliar sua autonomia de decisões, além de melhorar o diálogo entre profissional e usuário (BARROS; BOTAZZO, 2011). Dar atenção à opinião do usuário sobre a sua saúde faz parte do cuidado que o profissional pode oferecer, além de ter potencial para aumentar a autonomia do sujeito (BRASIL, 2004b; 2009).

Esse projeto terapêutico comum marcado pelo reconhecimento dos saberes do usuário sobre seus interesses e desejos, aliados aos conhecimentos do profissional na elaboração do plano de tratamento, podem ter maior efetividade terapêutica (PINTO, 2016).

O usuário que tem que sair daqui satisfeito. Tem que fazer as outras coisas que talvez ele nem sabia que tinha, mas a primeira coisa, até para aproximar o paciente da gente, é fazer o que ele veio buscar. (E5)

Observa-se, assim, uma possibilidade de reconstrução do plano de tratamento entre o profissional e o usuário, onde as decisões são compartilhadas e repactuadas de acordo com as necessidades percebidas por ambos.

[...] eu apresento as possibilidades, converso, e a pessoa é que decide em conjunto, e se naquele momento ela não está disposta ou com outra necessidade, isso também a gente tem que levar em consideração [...]. (E3)

[...] essa questão do projeto terapêutico é óbvio ele pode se modificar, ele vai sendo repactuado, construído com o usuário ao longo do tratamento [...] muitas vezes a gente modifica o plano. (E4)

Tal reconstrução acontece tanto por situações relacionadas a condições específicas da história de vida dos usuários, como uma doença, assim como em relação aos territórios em que vivem esses usuários e ao contexto de trabalho das equipes e do próprio dentista.

Tenho uma paciente também que está com câncer de mama e dói, ela já é uma senhora, então está sempre com dor, sempre incomodada: “- hoje eu não quero que faça nada! Eu não quero que mexa na minha boca!” Vou respeitar a vontade dela, então tem casos que tu vai sentar e conversar. Tem uma outra paciente também que gosta muito de sentar e bater papo, mas o bater papo não é futilidade, é bater papo porque não tem com quem conversar: “- eu preciso contar o que está acontecendo comigo!”. (E11)

[...] acho que contextos da equipe, de violência no território, do usuário e do próprio profissional [...] mudam e invertem o plano de tratamento, mas normalmente são coisas do paciente, situação que ele relata de prioridade, uma prioridade para aquela pessoa, seja odontológica ou por questões sistêmicas do dia ou do momento. (E3)

Há de se ressaltar que esse fazer clínico de compartilhamento de decisões conflita com a identidade de constituição profissional do dentista, o qual foi historicamente treinado para ter a autonomia na clínica, que se estabelece como um poder. É o que Freidson (1994) traz como questão central para o entendimento sociológico das profissões, ou seja, a autonomia e controle que o profissional da saúde tem sobre o seu próprio trabalho. Essa autonomia representada pelos saberes de cada profissão e suas especificidades passa a ser desafiada quando se fala em compartilhar decisões do plano terapêutico com o usuário, o que não torna simples esse momento do ouvir e conseguir perceber as necessidades de saúde de quem busca pelo atendimento odontológico.

Uma ferramenta que apoia e facilita ao dentista o acolhimento e diálogo ao usuário é o uso do prontuário de família. O prontuário de família é um recurso adotado nas Unidades de Saúde do SSC/GHC, visto que é um instrumento de trabalho que garante o registro das informações e permite o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde (PEREIRA et al., 2008). É composto pelos

prontuários individuais das pessoas que vivem em um mesmo domicílio. Cada prontuário individual é composto pela folha de rosto, que apresenta a lista de problemas, seguido das folhas de evolução.

Antes do paciente chegar nós já temos o acesso ao prontuário de família onde vemos o que ele precisa, sua história médica, seu vínculo com a unidade. (E1)

Eu costumo dar uma olhada em toda a família, no contexto das outras pessoas, ver quem é aquela pessoa dentro daquela família. (E3)

Já a ficha clínica odontológica padrão fornecida pelo serviço, contendo informações de identificação, odontograma e espaços para registro do plano de tratamento e dos procedimentos realizados, é utilizada de diferentes maneiras pelos dentistas ou não é utilizada.

A ficha odontológica fica logo após a folha de rosto do prontuário do paciente, a gente evolui na ficha odontológica, e todos os prontuários ficam juntos no prontuário da família. (E3)

Eu não uso a ficha clínica. Só preencho os primeiros dados, a identificação do paciente, para que caso a folha odontológica se perca, tem os dados, eu não preencho o odontograma e não sigo os dados ali. (E6)

Quando a ficha clínica não é utilizada, não há o preenchimento do odontograma e os apontamentos a respeito do cuidado são descritos em sequência aos registros dos demais profissionais da APS. Para dar visibilidade ao registro dos procedimentos odontológicos realizados, duas Unidades de Saúde criaram estratégias próprias relacionadas ao uso de carimbos com representações gráficas para destacar a evolução odontológica no prontuário, o que facilita a identificação e leitura dos registros, assim como o compartilhamento das informações com os profissionais das outras áreas (registro diário de campo).

Os profissionais que utilizam parcialmente a ficha clínica odontológica ou não a utilizam, se sentem mais livres para realizar a anamnese sem precisar seguir um roteiro pré-estabelecido, deixando que a pessoa fale sobre a sua vida. Isso faz com que o profissional possa se apropriar de informações essenciais para a constituição de uma boa história clínica possibilitando, assim, uma abordagem mais integral do usuário (registro diário de campo).

Independente da utilização ou não de uma ficha odontológica específica, o uso do prontuário de família pressupõe que se tenha uma melhor comunicação e o diálogo entre as informações registradas por todos os profissionais da equipe de saúde. E anotar as informações obtidas no prontuário faz parte de uma boa anamnese (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Em relação ao tempo de consulta, os dentistas relataram que atrasos em função da necessidade de uma escuta que ultrapasse minimamente o tempo padrão de atendimento (40 minutos, em média), em geral, não são um problema, pois os usuários conhecem a forma de trabalho dos profissionais que os estão cuidando.

[...] não é uma questão que seja problemática, talvez porque as pessoas me conheçam, e talvez por eu ter o respeito de pedir desculpas quando não consigo cumprir a questão do horário. (E7)

Na percepção dos dentistas, os usuários reconhecem esse tempo de escuta como parte do processo de cuidado, porém, em situações em que há uma demanda grande de pessoas a serem atendidas no serviço, ou quando essa escuta leva um tempo muito maior do que o esperado, pode haver sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde bucal como um todo, e desconforto aos usuários que têm hora marcada para a consulta odontológica.

Temos as consultas dia, como a gente coloca à disposição do acolhimento, mas não é estanque, se vem a mais a gente atende/acolhe, às vezes fica sobrecarregado. (E6)

Eu sempre estendo mais, eu estou sempre atrasada e isso muitas vezes gera desconforto na sala de espera, um grande desconforto, porque as pessoas estão sempre elas também atrasadas, embora muitos sejam aposentados, muitos têm atividades que não teriam um rigor de um relógio, mas elas sempre, isso causa desconforto. (E8)

Vale destacar que as Unidades de Saúde do SSC/GHC, são responsáveis pelo cuidado de 108.500 pessoas (IBGE, 2010), nos territórios de abrangência de suas Unidades. A distribuição da população nos territórios de cada Unidade não é uniforme. O dentista atende, no mínimo, seis consultas programadas por turno, número esse que aumenta de acordo com a Unidade de Saúde e com a demanda de atendimentos de urgência/avaliação do dia.

O tempo utilizado para cada consulta deve ser o suficiente para que se inicie um relacionamento amistoso entre usuário e profissional (GARCIA; SERRA; DOTTA,

2005). Certamente, haverá usuários que necessitarão de mais tempo de consulta, enquanto outros poderão ter um tempo mais breve. O importante é que seja garantida, tanto a atenção a uma pessoa quanto a toda uma população que está sob responsabilidade daquela equipe de APS, da melhor forma possível (PINTO, 2016).

No que se refere ao presente estudo, a análise das rotinas de cuidado dos dentistas entrevistados indica uma prática voltada para a clínica ampliada em saúde bucal, caracterizada por um acolhimento de escuta ao usuário que produz subjetividades e promove a pactuação de um plano terapêutico onde as decisões são compartilhadas e em constante reconstrução (CAMPOS, 2003; BRASIL, 2004b; BOTAZZO, 2008), contrário a uma prática essencialmente biológica e centrada na doença do ser humano. Garantir a subjetividade na prática do cuidado é reconhecer um usuário como um sujeito cuja experimentação e interação social – acontecimentos, encontros, vivências múltiplas – são social e historicamente construídas (FRANCO; MERHY, 2011).

Enquanto categoria cultural, as pessoas apresentam diferentes atributos, os quais incluem a racionalidade, autonomia, particularidades de gênero, entre outros (CASTIEL, 2003). Nessa perspectiva, o cuidado em saúde vai exigir a compreensão do sujeito e de seu contexto familiar, social e de mundo (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2015). São encontros clínicos que conferem outro sentido à intervenção odontológica (BARROS; BOTAZZO, 2011), considerando as necessidades de um corpo vivido e de um organismo fisiológico, as quais podem mostrar incompatibilidades (MERLEAU-PONTY, 2006) quanto às necessidades em saúde percebidas pelo dentista e pelo usuário.

Para além das rotinas protocolares de uma consulta clínica com o dentista, a percepção e o entendimento de como as relações se estabelecem em ato, entre o usuário e o dentista e avançam para um encontro de vínculo capaz de produzir saúde, é um desafio constante, mas também uma potência da prática do cuidado. A seguir, será abordada a categoria vínculo usuário-profissional e seus sentidos no processo de cuidado em saúde.

O vínculo usuário-profissional como estratégia de práticas resolutivas do cuidado em saúde

O vínculo é uma estratégia essencial às práticas de cuidado em saúde no âmbito da APS. É uma tecnologia leve, relacional, que tem contribuído para a mudança do modelo centrado na doença para um modelo centrado no sujeito (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011), além de ser um dos pilares da taxonomia das necessidades em saúde (CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

Na APS, a definição de vínculo é parte do sentido atribuído à longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002). Estabelece-se ao longo de um tempo de contato, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo na presença de um problema de saúde (BRASIL, 2007b), sendo permeada pelo afeto e pela confiança entre o usuário e o profissional, permitindo ampliar o processo de corresponsabilização e autonomia pela saúde, além de carregar um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

Esta categoria expressa a compreensão do estabelecimento do vínculo entre usuário e profissional, enquanto um fenômeno desejável para o processo de trabalho resolutivo em APS.

O vínculo usuário-profissional implica em uma relação interpessoal de proximidade entre o profissional de saúde e o usuário que é aprofundada no decorrer do tempo à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012). A necessidade de conhecer o contexto de vida e a história do usuário para que se ofereça uma resposta mais adequada a seu pedido, reforça a importância do acompanhamento longitudinal para formulação de uma resposta mais integral (SALES, 2013).

Para os dentistas desta pesquisa, além dos encontros no espaço da Unidade de Saúde, os espaços externos, como visitas domiciliares, trabalho em áreas de vigilância no território e reuniões com a população, são momentos de aproximação com o usuário e determinantes para a construção de vínculos.

O que mais me marcou não foi um atendimento dentro do consultório, eu tenho algumas questões de visita domiciliar que me marcaram muito, sempre relacionadas a questões muito fortes relacionadas a vulnerabilidades extremas como violência e fome [...]. (E4)

A ideia de nós trabalharmos com áreas de vigilância, um dos pontos fortes é exatamente fortalecer o vínculo para com aqueles usuários para os quais

nós somos a equipe de referência [...] e isso é algo que está impregnado em todo mundo, seja em um dia de ambulatório exclusivo, seja um dia em que tenho outras atividades na Unidade ou no território. (E8)

Íamos à noite na associação de moradores, na reunião, então o envolvimento com a comunidade era bem intenso, a gente construiu um posto novo, na época, com a participação, tínhamos muitas reuniões, isso fez vínculos afetivos. (E9)

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) define que, no mínimo, 75% da carga horária dos dentistas que atuam na APS seja destinada às ações clínicas-ambulatoriais. Essa é a ação mais realizada no trabalho de um dentista na APS e deve ser espaço de produção de subjetividades entre os sujeitos – usuário e dentista – na tentativa de experimentar tecnologias de cuidado (BARROS; BOTAZZO, 2011).

Dada à carga horária que os dentistas dedicam ao trabalho em clínica, e considerando todas as atividades em que esses profissionais estão inseridos – preceptoria, vigilância dos programas da Unidade de Saúde, atividades coletivas – o reconhecimento das realidades e histórias de vida dos usuários também se dá no cotidiano do trabalho, no espaço do serviço de saúde, seja em conversas com outros profissionais, ou em reuniões de equipe e estudo de casos (relato diário de campo).

Isso só é possível pelo modelo de atenção à saúde vivenciado na APS, centrado no cuidado das famílias tendo a presença de uma equipe multiprofissional com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (SANTOS et al., 2008; MOURA; SILVA, 2015). Os ACS, por residirem na área de atuação, conhecerem a comunidade onde vivem e possuem maior facilidade de acesso aos domicílios pela visita domiciliar, são potencialidades na ligação entre a comunidade e equipe de saúde (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; MORETTI-PIRES; LIMA; MACHADO, 2011).

Fazendo parte dessa equipe de saúde, o trabalho do dentista na APS, é organizado entre o procedimento, a escuta e o reconhecimento da cultura do usuário, aspectos esses que favorecem uma abordagem profissional centrada na pessoa.

[...] a escuta, a compreensão é algo que é importante, a gente deveria ter, exercitar mais, para que as pessoas que sintam acolhidas mesmo, para algo que já não é muito fácil, pois vão mexer na boca, a dor, o estigma, tem um monte de tabu [...]. (E3)

No Brasil, observa-se uma aproximação entre as diretrizes presentes nas políticas públicas de saúde e a proposta da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012). A ACP é uma abordagem das relações interpessoais, desenvolvida pelo norte-americano Carl Rogers (1902-1987), que contribuiu para o desenvolvimento do campo da psicologia humanista. Segundo a ACP, a personalidade humana tem uma tendência para o crescimento e a saúde, por meio de atitudes e recursos interventivos que permitem o resgate do potencial realizador existente nos seres humanos, conhecido como a 'Tendência Atualizante' e reconhecido como o pilar da teoria Rogeriana (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

As atitudes que facilitam essa 'Tendência Atualizante' são a empatia (colocar-se no lugar da pessoa para poder compreendê-la e não julgá-la), a aceitação positiva incondicional (receber e aceitar a pessoa como ela é) e a autenticidade ou congruência (capacidade de expressar o que a experiência de estar na relação promove) (GOBBI et al., 2002).

A união dessas condições em qualquer relacionamento interpessoal seria necessária e suficiente para o desenvolvimento da pessoa. Nesse contexto, para todo trabalho que envolva as relações humanas – como o trabalho da equipe multiprofissional da APS – a ACP pode ser adotada como forma de lidar com o outro, valorizando a potencialidade terapêutica da relação. Por este motivo, o campo de aplicação da ACP é bastante amplo, com repercussões no campo da psicologia, medicina, enfermagem e terapia ocupacional. Na odontologia, a ACP vem sendo estudada na literatura internacional, tanto em estudos de revisão sistemática (MILLS et al., 2014), quanto nos que propõem a elaboração de um modelo teórico para sua aplicação (MILLS et al., 2015).

Para ocorrer o vínculo entre o usuário e o profissional é necessário que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação mais horizontalizada com o usuário, relativizando suas verdades, uma vez que não necessariamente aquilo que tem como valor, terá o mesmo sentido ao usuário. O diálogo com aquele que tem valores muito díspares ao do profissional deve estar pautado na ideia de que aquele que recebe cuidados é tão sujeito que fala, percebe e participa (ILHA et al., 2014) quanto àquele que realiza o cuidado. Cabe ao profissional combinar atitudes de tolerância, respeito e compreensão para aceitar o usuário como um ser humano concreto, vivendo em tempo e lugar específicos, sem determinar condições e

comportamentos e, ao mesmo tempo, sem que isso signifique aprovação das suas ideias e comportamentos (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO, 2014). Ao possibilitar a manifestação do usuário e argumentar no intuito de pactuar a melhor decisão de tratamento, o dentista inscreve o elemento vínculo no ato clínico e efetiva a autonomia do sujeito-usuário (SANTOS et al., 2008). Essa perspectiva ficou representada na fala dos dentistas em relação a condição de 'sujeito existencial' do usuário.

Ao escutar, deve-se dar voz a pessoa, e se proponha a pensar junto com a pessoa, que ele também, de uma certa forma, permita a desconstrução de uma ideia de que nós somos quem detém o saber [...] essa condição de sujeito traz necessariamente a ideia de que a pessoa vai atuar em conjunto conosco, que não somos nós que vamos trazer uma solução única e mágica, mas que é na produção articulada que a gente vai chegar a uma condição diferente daquela que a pessoa chegou. (E8)

A questão central é de perceber o outro enquanto sujeito. Que talvez seja uma questão muito difícil, porque a gente sempre acha que quando tu trabalha com o outro, tu tem um saber, o teu saber é preponderante ao outro. Então, tu tem um saber que é específico, mas o outro também tem um saber, como dialogar com isso? Tem que respeitar o outro, e se tens um respeito pelo outro, o outro também vai te respeitar. (E7)

Demonstrar interesse pelo usuário, comprometendo-se com suas reais condições e necessidades, consolida uma relação de vínculo e faz com que o dentista gere nas pessoas a sensação de estarem sendo compreendidas. Isso está de acordo com os princípios da ACP, na medida em que se associa a consideração positiva incondicional a atitude empática (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012). É um diálogo que torna possível as trocas afetivas e efetivas (SOARES et al., 2013).

A capacidade de escuta, a empatia, a confiança e a habilidade de comunicação são características reconhecidas e esperadas aos profissionais que pretendam relações de vínculo no cuidado em saúde.

Deve estar com a cabeça aberta, principalmente ter uma escuta, para qualquer coisa que as pessoas tragam, sem avaliação de valor, sem preconceitos; empatia; ter espaço para aprender a falar e dialogar, e ter uma linguagem de fácil acesso para as pessoas [...]. (E2)

A possibilidade do profissional da saúde assumir a perspectiva do outro no processo de cuidado, caracterizando a empatia na relação (STRECK, 2016; BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012), expressa a qualidade da relação entre esses

sujeitos. A confiança no profissional, também mencionada pelos dentistas deste estudo como condição de vínculo, permite ao usuário que exponha suas necessidades e questionamentos, tornando possível o diálogo e um cuidado mais abrangente ao longo do tempo (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012). O fator confiança tem se mostrado efetivo na APS especialmente quando há presença de doenças e condições crônicas de saúde que demandam mudanças de estilo de vida, adaptações cotidianas e renúncias a hábitos socialmente determinados como o tabagismo, excesso de sal ou de açúcar (SALES, 2013).

Esse processo que envolve acolhimento, escuta, empatia e confiança na produção do vínculo, só é possível se houver por parte do profissional uma habilidade de se comunicar com esse usuário, conectando-se de maneira genuína às experiências 'reais', vividas pelas pessoas (BARROS; BOTAZZO, 2011; GOBBI et al., 2002).

Outro importante aspecto ressaltado pelos dentistas que torna possível a condição de vínculo é a capacidade do dentista de resolver o problema de saúde bucal das pessoas, ou seja, a qualidade técnica nos procedimentos odontológicos realizados junto aos usuários.

Acho que também tem que ser resolutivo na questão clínica, pois a pessoa vem, escuta e conversa, faz uma coisa que não resolve o problema dela, ela também não vai confiar e querer voltar, então precisa ter um retorno da parte clínica, uma melhora, uma resposta neste sentido. (E4)

Tem que ser comprometido com as pessoas [...] isso faz eu ter uma postura de respeito, de atender bem, de cuidado [...] e ter uma prática clínica que contribua para uma opinião positiva das pessoas sobre o SUS. (E9)

Uma característica da identidade profissional do dentista é que sua formação se assenta em bases técnicas, portanto, historicamente, a prática odontológica foi construída tendo na prática ambulatorial o seu espaço privilegiado (GONSALVES; OLIVEIRA, 2009). Assim, a recompensa histórica para um bom profissional é a de ser lembrado, acima de tudo, por suas habilidades técnicas (WARMLING, 2014). É preciso, no entanto, contextualizar o lugar da técnica no processo do cuidado em saúde. Sem a habilidade técnica há, sem dúvida, o comprometimento da resolutividade em saúde. Essa resolutividade não se reduz ao procedimento concluído tecnicamente com sucesso, mas passa, necessariamente, pela escuta e entendimento da necessidade do outro (PINTO, 2016).

O estabelecimento do vínculo permite que a negociação no encontro clínico caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado na perspectiva do profissional ou que seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. Isso, ao contrário, pode significar um 'não vínculo' (SANTOS et al., 2008).

A constituição do dentista em ato

Ao refletirem sobre suas rotinas de cuidado em saúde e percepções sobre como estabelecem as relações com os usuários em clínica, as memórias dos dentistas se voltaram para suas formações durante a graduação, buscando a compreensão sobre como esse trabalhador da APS se constituiu dentista.

Os relatos trouxeram marcas de currículos anteriores à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com ênfase em prática clínica 'dentária', pouco conhecimento sobre o funcionamento dos serviços públicos, e ausência de inserção e vivências no SUS.

Quando eu fiz a minha graduação, era o currículo velho, então Saúde Coletiva, SUS, nunca tive [...]. (E5)

Na minha formação era aquela coisa, a gente era formado pra ser dentista, e fazer bico no serviço público [...] foi pensar a saúde bucal do ponto de vista da boca. Alguém tem uma boca, tu tem que pensar nos dentes, na boca [...] minha formação em saúde da família foi forjada na prática. (E7)

Fiz a graduação numa faculdade privada, quando era outro currículo ainda, era aquele currículo bem clínico, o estágio em saúde pública era mínimo [...]. (E11)

São dentistas que construíram sua forma de trabalho na prática dos serviços, tanto na condição de trabalhadores do SUS quanto na de dentistas residentes, quando ainda estavam em processo de formação na Residência.

[...] comecei a entender como as coisas funcionavam depois, a partir do momento que eu entrei para trabalhar dentro de uma Unidade de Saúde. (E11)

[...] não tive inserção no SUS, não tive vivência nenhuma nessa lógica durante a graduação [...] na residência a gente conseguiu operacionalizar, ver como funciona mesmo e praticar, e se dar conta de que é possível trabalhar nessa lógica. (E3)

[...] eu aprendi a trabalhar na residência, [...] atenção primária, coordenação do cuidado, olhar a pessoa como um ser inteiro que está inserido numa

casa, numa família, num ambiente, numa sociedade e não mais aquele paciente do dente 13, que eu tenho que “fazer” o canal. (E5)

A educação dos profissionais da saúde, historicamente, seguiu a tendência de currículos fragmentados, centrados nas ciências básicas e nos procedimentos técnicos. Os estudantes, assim, eram responsabilizados pela integração dos conteúdos e se transformavam em objetos aptos a receber informações (SILVA et al., 2007; FRENK et al., 2010).

Na odontologia, o ensino e a prática foram marcados pelo uso predominante de tecnologias duras (instrumentos e equipamentos) e leve-duras (conhecimentos estruturados e protocolos), com ênfase na técnica operatória e direcionada para uma prática privatista. Esse contexto, associado à precarização das relações de trabalho, implicou no afastamento dos dentistas da dimensão subjetiva que toda prática de saúde pressupõe, isto é, do uso das tecnologias leves na produção do cuidado e da assistência num espaço intercessor partilhado nos seus encontros (MERHY, 2007; CARNEIRO NETO; CORDEIRO; FALCÃO, 2014).

As mudanças curriculares promovidas a partir das DCN trouxeram a possibilidade da articulação das instituições de ensino superior à rede assistencial do SUS, com a intenção de formar profissionais comprometidos não apenas com a produção de habilidades técnico-científicas, mas também com a transformação das práticas e da organização do trabalho em saúde (BRASIL, 2007a; ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; PEREIRA, 2013). Estágios curriculares em cenários de prática do SUS (WARMLING et al., 2011; ALVES, et al., 2012), as diferentes modalidades do PET-Saúde (BRASIL, 2010; PIZZINATO et al., 2012; SANTOS et al., 2013; FONSÊCA et al., 2014; BRASIL, 2015), as disciplinas integradoras (TOASSI; LEWGOY, 2016) e residências multiprofissionais em saúde (BRASIL, 2005; FERREIRA, 2007; DEMARCO, 2011), são exemplos desses avanços.

Ao analisarem as mudanças ocorridas nos currículos da graduação, os dentistas entrevistados, que também são preceptores e recebem nas Unidades de Saúde em que trabalham, tanto residentes em Saúde da Família, quanto estagiários graduandos em odontologia, percebem ganhos na formação desses estudantes relacionados ao entendimento do funcionamento do sistema de saúde, integração e vínculo com a equipe e com os usuários.

Acho que com essa mudança no currículo que eles ficam 4 meses dentro de uma Unidade de Saúde, eles começam a entender o funcionamento e começam a conseguir fazer vínculos, seja com a equipe, ou com os pacientes; eles conseguem se integrar com a equipe, e quando vão embora muitos pacientes sentem falta. (E11)

São aproximações saudáveis tanto para o serviço quanto para a academia, [...] uma forma de aproximar mais do sistema de saúde e do mundo real. (E3)

A presença de estudantes de graduação na rede de APS pressupõe um trabalho de mediação entre teoria e prática, a ser realizado pelos docentes das instituições formadoras e também por trabalhadores das Unidades de Saúde, que atuam como preceptores desses estudantes (JESUS; RIBEIRO, 2012).

O serviço, como espaço pedagógico, não deve ser modificado em sua dinâmica para atender às necessidades do ensino, mas sim, mostrar-se realmente como está estruturado, propiciando ao estudante contato com a realidade da maneira que ela se apresenta (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008; MORITA; HADDAD, 2008). Nesse sentido, o preceptor tem um papel fundamental na educação de futuros profissionais, especialmente no que se refere à capacidade do estudante aprender a aprender com a prática (JESUS; RIBEIRO, 2012).

[...] às vezes a academia tem um pouco dessa dificuldade de ampliar o olhar para além da boca, trazer o contexto, e aí temos todo o cuidado de apresentar para os estudantes, e não só apresentar, mas deixá-los viver um pouco essa comunidade, [...] para eles tentarem entender um pouco que lugar é esse, que comunidade é essa, que questões que permeiam a história dessas pessoas, então acho que o cuidado com isso vai desde o início, desde o momento em que a pessoa se insere aqui, e no cotidiano mesmo do trabalho, no dia a dia do trabalho [...] [...] e extrapola a questão da odonto. A gente procura colocá-los em contato com outros profissionais, com outras atividades, que certamente vão agregar muito também no atendimento individual. (E4)

Independente da trajetória de formação, os dentistas participantes desta pesquisa tiveram que passar por processos de mudanças paradigmáticas para atuarem no SUS e guardam uma característica em comum: teceram na prática sua forma de trabalhar na APS. Prática essa que foi sendo aprimorada pelos cursos de pós-graduação realizados e pelas atividades de educação permanente que permeiam o trabalho em saúde na instituição de atuação dos entrevistados. Vivenciar o processo do trabalho vivo, em ato, junto a uma equipe multiprofissional, permitiu que esses dentistas se reconhecessem como trabalhadores do SUS. É o

espaço das tecnologias leves e que se dá nas relações entre os sujeitos (MERHY, 2007).

O desafio da compreensão de como acontece o cuidado em saúde e as relações de vínculo e empatia com o usuário estão na dimensão subjetiva e micropolítica de cada profissional e na singularidade do trabalho cotidiano, o qual pode ser fortalecido por processos de educação permanente.

Na perspectiva dos profissionais participantes deste estudo, pode-se afirmar que o dentista em ato se constituiu pela interação entre a rotina clínica caracterizada pelo acolhimento e compartilhamento do plano terapêutico, e por dispositivos facilitadores do cuidado (apresentar-se e chamar pelo nome, prontuário de família, uso do espelho de mão e abordagem fora da cadeira odontológica), além de relações de vínculo com o usuário, marcadas pela escuta e comunicação, resolutividade, reconhecimento do contexto de vida, empatia, confiança e ACP, e pelas dimensões 'diálogo, vínculo e subjetividades' na produção do cuidado em saúde, considerando as realidades vividas pelos dentistas (Figura 1).

Figura 1 – Representação da constituição do dentista em ato, na percepção dos profissionais entrevistados.



Fonte: Figura elaborada pelos pesquisadores.

Cabe considerar que a presente pesquisa trouxe a percepção do dentista sobre a produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal, um dos sujeitos do encontro terapêutico. Novos estudos, agregando a percepção dos usuários, são recomendados.

Considerações finais

Os sentidos atribuídos por dentistas da APS em relação à produção do cuidado expressaram práticas clínicas caracterizadas por um acolhimento de escuta e diálogo com o usuário, que produz subjetividades e promove a pactuação de um plano terapêutico compartilhado e em constante reconstrução, contrária a uma assistência com foco essencialmente dentário a partir de necessidades diagnosticadas exclusivamente pelo profissional. A subjetividade se expressou pelo reconhecimento do usuário como um sujeito de experimentação e interação social, cujas necessidades do corpo vivido vão além das de um corpo físico.

O contato inicial marcado pela preocupação do dentista em chamar o usuário pelo nome e em apresentar-se, a abordagem fora da cadeira odontológica, bem como a utilização do prontuário de família e do espelho de mão para o acompanhamento do exame da boca pelo usuário, foram dispositivos facilitadores do cuidado na clínica de saúde bucal, observados nesta pesquisa.

O vínculo usuário-profissional estabeleceu-se pela aproximação do dentista com o usuário em encontros no espaço da Unidade de Saúde, mas também em atividades no território que possibilitaram o conhecimento do contexto de vida dessas pessoas. Habilidades para a escuta e comunicação, a empatia, a confiança e a capacidade técnica para resolver problemas bucais devem estar presentes nos profissionais que pretendam relações de vínculo no cuidado em saúde, aspectos esses que potencializam a abordagem profissional centrada na pessoa.

Os dentistas apontaram que, para além da formação na graduação e pós-graduação, as suas formas de trabalhar foram tecidas em ato, no trabalho em equipe no cotidiano da APS.

Para que haja a consolidação de propostas de inovação pedagógica no ensino na saúde, como a de novas possibilidades de abordagem clínica na odontologia, bases teóricas e atividades práticas envolvendo as subjetividades como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e as tecnologias

relacionais, devem ser incluídas nos currículos da graduação. O espaço dessas perspectivas teóricas na educação dos profissionais da saúde não se reduz à graduação, mas seguem como fundamentais na formação de pós-graduação e na educação permanente dos profissionais do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. A. et al. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Rev. bras. ciên. saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 235-238, 2012.

ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-290.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev.2004.

BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLÔR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2017.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, nov. 2011.

BARTOLE, M. C. S. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da Política Nacional de Saúde Bucal. In: LOPES, M. G. M. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 11, p. 161-173.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2006.

_____. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: LOPES, M. G. M. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 1, p. 3-15.

BOTAZZO, C. et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. **Relatório Técnico**. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/GM**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de dezembro de 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004b.

_____. **Lei 11.129, de 30 de junho de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, n. 8, p. 41-43, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

_____. **Portaria Interministerial nº 421**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, v. 1, n. 28, 2013. 56p.

_____. Ministério da Saúde. **Edital nº 13** - seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017, de 28 de setembro de 2015.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANALLI, C. S. E. et al. Humanização na relação cirurgião-dentista – paciente. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 220-225, set./dez. 2012.

CARNEIRO NETO, J. L.; CORDEIRO, T. M. S. C.; FALCÃO, M. M. L. Humanização em saúde e a odontologia. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 130-138, abr./jun. 2014.

CASTIEL, L. D. A Palavra – Subjetividade e as coisas – subjetividade. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs.) **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Cap. 6, p. 95-100. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classico_novo_abordagens_ciencias_sociais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p.

CERON, M. **Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa**. UNASUS, 2015. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. A importância da comunicação na motivação de pacientes. **RGO**, Porto Alegre, v. 51, n. 5, p. 401-406, nov./dez. 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DEMARCO, E. A. **Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência**. 2011. 83f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde**: uma modalidade de ensino em serviço. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-394, fev. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud colectiva**, La Plata, v. 7, n. 1, p. 9-20, abr. 2011.

FREIDSON, E. **Professionalism reborn**: theory, prophecy and policy. Cambridge: Polity Press, 1994.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **J. Lancet**, Minneapolis, v. 376, p. 1923-1958, Nov. 2010.

GARCIA, P. P. N. S.; SERRA, M. C.; DOTTA, E. A. V. Primeira consulta: estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a conquista de pacientes. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 34, n. 1, p. 43-48, 2005.

GOBBI, S. L. et al. **Vocabulário e noções básicas da Abordagem Centrada na Pessoa**. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2002. 277 p.

GONSALVES, E. M. B.; OLIVEIRA, A. E. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 44-51, 2009.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Saúde Comunitária**. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

HAYACIBARA, M. F. et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 178-183, jan./mar. 2012.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 556-562, jul./set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Base de informações do censo 2010 por setores censitários**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

JESUS, J. C. M; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. As hestórias patográficas como forma de relato de pesquisa de campo. **Saúde transform. soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 61-69, 2010.

MATOS, P. E. S.; MENDES, H. J.; SANTANA, M. L. Acolhimento aos usuários do serviço de odontologia de uma universidade pública. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 85-94, 2016.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MEDEIROS, U. V.; CARVALHO, J. C. C. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. Programa comunitário de atenção periodontal. **Rev. assoc. paul. cir. dent.**, São Paulo, n. 44, p. 165-170, 1990.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MILLS, I. et al. Patient-centred care in general dental practice – a systematic review of the literature. **BMC oral health**, London, v. 14, no. 64, p. 1-13, 2014.

MILLS, I. et al. Person-centred care in dentistry the patients' perspective. **Br. dental j.**, London, v. 218, no. 7, p. 407-413, Apr. 2015.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo no Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, n. 43, v. 2, p. 358-364, 2009.

MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; MACHADO, M. H. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de odontologia sobre o agente comunitário de saúde em saúde bucal. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1085-1096, dez. 2011.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In:

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 277-290, 2008.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int. dent. j.**, London, v. 63, p. 237-243, 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.

PEREIRA, A. F. **Integração Ensino-Serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente-assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal**. 2013. 60f. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S123-S133, 2008.

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

PINTO, C. A. G. Íntegra da entrevista com Carlos Alberto Gama Pinto. **Canal Profissional – Rede SP Saudável**. Formação em debate: Clínica Ampliada e Compartilhada. 08 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=-WCwYujNS0>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

PIZZINATO, A. et al. Integração ensino-serviço na formação profissional. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p.170-177, 2012.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J. dent. res.**, Washington, v. 94, no. 10, p. 1333-1337, 2015.

SALES, A. L. F. **Vínculo como ferramenta de trabalho na atenção primária**. 2013. 16f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Integrada em Saúde - ênfase saúde da família e comunidade) – Escola GHC, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 190-200, jul./dez. 2006.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

SANTOS, K. T. S. et al. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 6, p. 420-425, dez. 2013.

SILVA, E. V. M. et al. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. São Paulo: CONASEMS, 2007.

SOARES, J. L. et al. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idosa e família. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 583-590, out./dez. 2013.

SOMEKH, B.; JONES, L. Observação. In: SOMEKH, B.; LEWIN, C. (Orgs.). **Teoria e método de pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015. p.183-191.

SOUZA, E. C. F. **Bocas, câncer e subjetividades – patografias em análise**. 2003. 305f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STRECK, D. R. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 537-547, 2016.

TOASSI, R. F. C.; LEWGOY, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016.

TOASSI, R. F. C. et al. Integrated curriculum for teaching dentistry: new directions for training in the field of healthcare. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 29-42, abr./jun. 2013.

WARMLING, C. M. Identidade e prática do cirurgião-dentista. In: PINTO, T.; GROISMAN, S.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Pro-Odonto Prevenção - Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 7**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, v. 3, 2014. p. 9-30.

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

VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de saúde bucal**. UNASUS, 2015. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96-102, 2014.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento de métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Abstract

Qualitative research with a phenomenological basis (case study) whose objective was to analyze the senses attributed to clinical practices of Primary Care (PC) dentists in the care health production. Semi-structured interviews guided by a script of guiding questions with dentists who worked in the PC and unstructured observation of clinical routine and records of field diary of these professionals were used for collections of data. The sampling was intentional following the theoretical saturation criteria and density of the produced textual material (n=11). Results showed dentists with clinical practices capable producing subjectivities and connection characterized by reception of listening and dialogue with the user and by the agreement of a shared therapeutic plan and in constant reconstruction, opposite to an essentially dental focused assistance, based on necessities diagnosed exclusively by the professional. The user has been recognized as a subject as experimentation and social interaction whose necessities of the lived-body go beyond those of a physical body. Pedagogic innovation proposals in health field curricula should provide theoretical foundation and practical activities that includes subjectivities as one of the dimensions of production mode of the health care and the health relational technologies.

Key words: comprehensive health care, dental health, qualitative research, primary care, Unified Health System.

4 PRODUTO

Os Mestrados Profissionais apresentam como uma de suas ênfases o princípio da aplicabilidade técnica (BRASIL, 2009b). Para além do incremento na produção científica expresso pelos resultados alcançados com a presente pesquisa, houve a preocupação com a aplicabilidade destes resultados, pensando na capacidade do mestrando, trabalhador do SUS, em intervir positivamente no seu contexto de trabalho (PAIXÃO et al., 2014).

Nessa perspectiva, desenvolveu-se como produção técnica desse Mestrado Profissional um boletim informativo (APÊNDICE C), a partir dos resultados obtidos na pesquisa. Trata-se de produção de caráter didático, que busca refletir sobre condutas profissionais em clínica, direcionado aos profissionais da saúde, professores, residentes e estudantes de graduação em odontologia inseridos em atividades de ensino nos serviços na APS.

O material tem a intenção de apresentar possibilidades para a abordagem clínica na odontologia envolvendo as subjetividades do usuário como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e o uso de tecnologias leves/relacionais. Pode ser utilizado tanto no espaço dos serviços de saúde que participam da formação de estudantes de graduação e/ou residentes, quanto na universidade. Será apresentado ao núcleo de odontologia do SSC/GHC e no curso de odontologia da UFRGS, ficando disponível para consulta na página eletrônica do PPG Ensino na Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A odontologia é uma prática ainda considerada ‘temível’ para as pessoas. Sentimentos como choro, medo e desconfortos são comuns durante os atendimentos clínicos. Cabe aos profissionais tornar essa prática menos temerosa e mais resolutiva. Essa pesquisa traz à tona abordagens na perspectiva de uma clínica ampliada em saúde bucal, caracterizada pela produção de diálogo, vínculo e de subjetividades, por meio do compartilhamento e reconstrução do plano terapêutico. Nessa clínica, o diálogo inicial e a identificação do motivo que trouxe o usuário ao serviço de saúde devem ser realizados antes de se pensar qualquer estratégia que envolva o ‘tratamento dentário’ propriamente dito.

Os participantes da pesquisa são dentistas que pensam a saúde bucal desde o ponto de vista da integralidade do ser humano, o que é proporcionado pelo trabalho em equipe na APS, ou seja, são profissionais que não trabalham sozinhos. O vínculo usuário-profissional estabeleceu-se pela aproximação do dentista com o usuário em encontros no espaço da Unidade de Saúde, mas também em atividades no território que possibilitaram o conhecimento do contexto de vida dessas pessoas. Características como habilidades para a escuta e comunicação, a empatia, a confiança e a capacidade técnica para resolver problemas bucais mostraram-se fundamentais para uma abordagem voltada a pessoa e a constituição do vínculo usuário-profissional, no sentido de ‘quebrar’ a questão do temor, do medo da dor, de toda a invasão que se dá no atendimento clínico em saúde bucal.

Os dentistas apontaram que, para além da formação na graduação e pós-graduação, as suas formas de trabalhar foram tecidas em ato, no trabalho em equipe no cotidiano da APS.

A pesquisa realizada não tem a pretensão de esgotar a temática investigada. Pelo contrário, desperta novos questionamentos e perspectivas de estudo, indicando a necessidade de se avançar em pesquisas que abordem a percepção dos usuários em relação à produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal na APS, assim como pesquisas sobre a formação do dentista com foco na relação usuário-profissional em clínica.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados e discutidos, em um primeiro momento, no núcleo de odontologia do SSC/GHC. Além dessa divulgação

para o serviço de saúde, um documento será encaminhado tanto à COMGRAD quanto aos professores regentes dos estágios curriculares no SUS do curso de graduação em odontologia da UFRGS, informando sobre a pesquisa e destacando a intencionalidade de divulgar os resultados junto aos estudantes e professores do curso.

Por fim, reitera-se a argumentação de que se a dimensão subjetiva do cuidado em saúde e o uso de tecnologias leves forem agregadas aos conteúdos curriculares, promovendo vivências e até simulações clínicas com foco nessas tecnologias, a formação pode qualificar o futuro profissional para um cuidado mais efetivo em saúde. O espaço dessas perspectivas teóricas na educação dos profissionais da saúde não se reduz à graduação, mas seguem como fundamentais na formação de pós-graduação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. A. et al. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Rev. bras. ciên. saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 235-238, 2012.
- ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2008. 216p.
- ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 277-290, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev.2004.
- BACELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLÔR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2017.
- BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, nov. 2011.
- BARROS, R. S.; WIMMER, G. F.; BOTAZZO, C. Saúde Bucal e práxis no cotidiano dos serviços de saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 41, abr. 2007.
- BARTOLE, M. C. S. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da Política Nacional de Saúde Bucal. In: LOPES, M. G. M. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 11, p. 161-173.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2006.
- _____. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: LOPES, M. G. M. (Org.). **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. Cap. 1, p. 3-15.
- BOTAZZO, C. et al. Saúde Bucal Coletiva. In: BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013. Cap. 1, p. 39-55.

BOTAZZO, C. et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. **Relatório Técnico**. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8º Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final**. Brasília, 1986a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde bucal. **Relatório final**. Brasília, 1986b.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal** - zona urbana, 1986. Brasília, 1989.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final**. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 1993.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de dezembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/GM**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de dezembro de 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002a. Seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. **PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final**. Brasília, 2004d. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/relatorio-final-da-3-conferencia-nacional-de-saude-bucal.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2015.

_____. **Lei 11.129, de 30 de junho de 2005**. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, n. 8, p. 41-43, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Educação. **Portaria normativa nº 17**. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 2009b.

_____. **Portaria Interministerial nº 421**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 de março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, v. 1, n. 28, 2013. 56p.

_____. Ministério da Saúde. **Edital nº 13** - seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017, de 28 de setembro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 05 mar. 2017.

BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Ago. 2007.

CANALLI, C. S. E. et al. Humanização na relação cirurgião-dentista – paciente. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 220-225, set./dez. 2012.

CARNEIRO NETO, J. L.; CORDEIRO, T. M. S. C.; FALCÃO, M. M. L. Humanização em saúde e a odontologia. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 130-138, abr./jun. 2014.

CARVALHO, F. S. **Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde**. 2012. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas Aplicadas). Universidade de São Paulo, 2012.

CASTIEL, L. D. A Palavra – Subjetividade e as coisas – subjetividade. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs.) **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Cap. 6, p. 95-100. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classico_novo_abordagens_ciencias_sociais.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p.

CERON, M. **Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa**. UNASUS, 2015. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. A importância da comunicação na motivação de pacientes. **RGO**, Porto Alegre, v. 51, n. 5, p. 401-406, nov./dez. 2003.

COSTA, C. B. **Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: Avanços e desafios na produção do cuidado odontológico**. 2015. 93f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DEMARCO, E. A. **Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência**. 2011. 83f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço**. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.389-394, fev. 2011.

FRANCO, T. B.; As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud colectiva**, La Plata, v. 7, n. 1, p. 9-20, abr. 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. 361p.

FREIDSON, E. **Professionalism reborn: theory, prophecy and policy**. Cambridge: Polity Press, 1994.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **J. Lancet**, Minneapolis, v. 376, p. 1923-1958, Nov. 2010.

GARCIA, P. P. N. S.; SERRA, M. C.; DOTTA, E. A. V. Primeira consulta: estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a conquista de pacientes. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 34 n. 1, p. 43-48, 2005.

GOBBI, S. L. et al. **Vocabulário e noções básicas da Abordagem Centrada na Pessoa**. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2002. 277 p.

GODOY, D. C. **O ensino da clínica ampliada na atenção primária à saúde: percepções e vivências de alunos de graduação médica**. 2013. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013.

GONSALVES, E. M. B.; OLIVEIRA, A. E. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 11, n. 3, p. 44-51, 2009.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Saúde Comunitária**. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

HAYACIBARA, M. F. et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 178-183, jan./mar. 2012.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 556-562, jul./set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Base de informações do censo 2010 por setores censitários**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JESUS, J. C. M; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 784-785, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 out. 2015.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. As histórias patográficas como forma de relato de pesquisa de campo. **Saúde transform. soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 61-69, 2010.

LUVISON, I.; BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, RS. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 125-135, 2008.

MATOS, P. E. S.; MENDES, H. J.; SANTANA, M. L. Acolhimento aos usuários do serviço de odontologia de uma universidade pública. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 85-94, 2016.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2. ed. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MEDEIROS, U. V.; CARVALHO, J. C. C. Estudo sobre as condições da saúde bucal da população. Programa comunitário de atenção periodontal. **Rev. assoc. paul. cir. dent.**, São Paulo, n. 44, p. 165-170, 1990.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 113-150.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- MILLS, I. et al. Patient-centred care in general dental practice – a systematic review of the literature. **BMC oral health**, London, v. 14, no. 64, p. 1-13, 2014.
- MILLS, I. et al. Person-centred care in dentistry the patients' perspective. **Br. dental j.**, London, v. 218, no. 7, p. 407-413, Apr. 2015.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo no Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, n. 43, v. 2, p. 358-364, 2009.
- MORETTI-PIRES, R. O.; LIMA, L. A. M.; MACHADO, M. H. Sociologia das profissões e percepção de acadêmicos de odontologia sobre o agente comunitário de saúde em saúde bucal. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1085-1096, dez. 2011.
- MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 277-290, 2008.
- MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Afetividade e seus sentidos no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 993-1010, 2015.
- MOYSES, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 30-37, 2004.
- NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int. dent. j.**, London, v. 63, p. 237-243, 2013.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.
- PAIXÃO, R. B. et al. Avaliação de mestrados profissionais: construção e análise de indicadores à luz da multidimensionalidade. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 83, p. 505-532, abr./jun. 2014.
- PEREIRA, A. F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente-assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal**. 2013. 60f. Monografia

(Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. S123-S133, 2008.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. Humanização. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2. ed. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>>. Acesso em: 1 out. 2015.

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

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2. ed. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.

PINTO, C. A. G. Íntegra da entrevista com Carlos Alberto Gama Pinto. **Canal Profissional – Rede SP Saudável**. Formação em debate: clínica ampliada e compartilhada. 8 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=l-WCwYujNS0>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100273&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PIZZINATO, A. et al. Integração ensino-serviço na formação profissional. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p.170-177, 2012.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 9-16, 2009.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **J. dent. res.**, Washington, v. 94, no. 10, p. 1333-1337, 2015.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. latino-am. enfermagem**, Brasília, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez., 2005.

SALES, A. L. F. **Vínculo como ferramenta de trabalho na atenção primária.** 2013. 16f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Integrada em Saúde - ênfase saúde da família e comunidade) – Escola GHC, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 190-200, jul./dez. 2006.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

SANTOS, K. T. S. et al. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 6, p. 420-425, dez. 2013.

SILVA, E. V. M. et al. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS:** currículo integrado e interdisciplinar. São Paulo: CONASEMS, 2007.

SOARES, J. L. et al. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de busca por cuidado de idosa e família. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 583-590, out./dez. 2013.

SOMEKH, B.; JONES, L. Observação. In: SOMEKH, B.; LEWIN, C. (Orgs.) **Teoria e método de pesquisa social.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015. p.183-191.

SOUZA, C. R. et al. Anamnese coletiva e consulta individual como instrumentos de ampliação do cuidado em saúde bucal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 11, 2015, Goiânia. **Anais...** Goiânia: ABRASCO, 2015. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=4278&id_atividade=438&tipo=>. Acesso em: 01 mar. 2017. Resumo 4278.

SOUZA, E. C. F. **Bocas, câncer e subjetividades - patografias em análise.** 2003. 305f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STRECK, D. R. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 537-547, 2016.

TOASSI, R. F. C.; DAVOGLIO, R. S.; LEMOS, V. M. A. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em odontologia. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 4, p. 223-242, dez. 2012.

TOASSI, R. F. C.; LEWGOY, A. M. B. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016.

TOASSI, R. F. C. et al. Integrated curriculum for teaching dentistry: new directions for training in the field of healthcare. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 29-42, abr./jun. 2013.

WARMLING, C. M. Identidade e prática do cirurgião-dentista. In: PINTO, T.; GROISMAN, S.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Pro-Odonto Prevenção - Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 7**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, v. 3, 2014. p. 9-30.

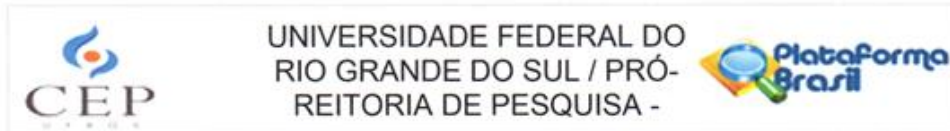
WARMLING, C. M. et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 63-70, 2011.

VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de saúde bucal**. UNASUS, 2015. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96-102, 2014.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento de métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A – Parecer de aprovação CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE PELO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51239115.5.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.384.962

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado profissional

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) propõe estratégias para qualificação de profissionais do SUS através da abordagem integradora dos conteúdos, acompanhadas de um contato estreito com a realidade local de cada comunidade, de maneira que sejam formados profissionais voltados a dar resposta às necessidades de saúde da população e compreendendo-a na sua subjetividade e individualidade.

O objetivo deste projeto é analisar as práticas do cuidado em saúde, pelo cirurgião-dentista, em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

O campo de investigação será composto pelas 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde, do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizadas na região norte de Porto Alegre. Os sujeitos serão escolhidos de modo intencional. Serão convidados a participar da pesquisa todos os 25 cirurgiões-dentistas trabalhadores integrantes das 12 Unidades e o convite será realizado durante um encontro do núcleo da Odontologia do SSC, com data, horário e local previamente agendados, onde será apresentado o projeto de pesquisa.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com os cirurgiões-dentistas, as quais serão realizadas por um pesquisador, no local de trabalho em sala reservada. As entrevistas serão

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.384.962

gravadas, transcritas e devolvidas aos entrevistados para que possam lê-las e verificar se a transcrição está de acordo com as ideias apresentadas, com a possibilidade de complementar os depoimentos. As gravações serão armazenadas por 5 anos e destruídas (deletadas).

Adicionalmente, será realizada a observação não participante, onde o pesquisador descreverá fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas, reflexões, impressões, experiências pessoais e sentimentos, e será realizada nos espaços de atuação do cirurgião-dentista.

A primeira entrevista será considerada um projeto piloto para avaliar o instrumento de pesquisa.

Para ambas abordagens, será utilizado o critério de saturação. O material será transcrito e importado ao software ATLAS.ti, onde os dados serão organizados em categorias. Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos participantes e à direção do Serviço de Saúde Comunitária.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste projeto é analisar as práticas do cuidado em saúde, pelo cirurgião-dentista, em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvem possíveis constrangimentos ao responder as perguntas, os quais serão minimizados pela possibilidade de desistir de participar da pesquisa. Os benefícios incluem um diagnóstico a respeito da prática odontológica em estabelecimento público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante ao campo de atuação dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todas as documentações necessárias para a execução do projeto. Apresenta TCLE adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

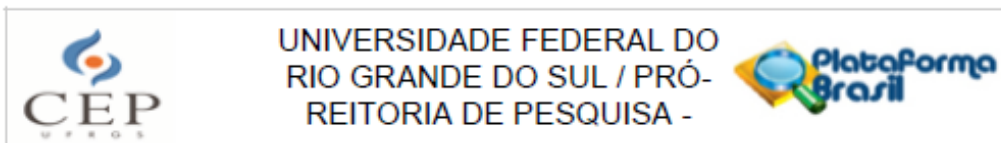
O projeto está adequado para realização e deve ser submetido para aval da instituição co-partícipe (Grupo Hospitalar Conceição).

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.384.962

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_628188.pdf	23/11/2015 22:05:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Projeto_Praticas_do_Cuidado_em_Saude.pdf	23/11/2015 22:03:27	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_ENTREGA_RELATORIO_SEMESTRAL_OU_FINAL	21/11/2015 12:18:13	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	RelacaointegrantesPesquisa.pdf	21/11/2015 12:15:40	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_RamonaFernandaCeriottiToassi.pdf	21/11/2015 12:14:10	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Vinicius_Anterio_Graff.pdf	21/11/2015 12:07:13	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	ParecerAprovacaoComissaoDePesquisaMedicina.pdf	21/11/2015 12:04:17	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	TermodeanuenciaGHC.pdf	21/11/2015 11:52:38	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEPESQUISA.pdf	21/11/2015 11:49:32	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.pdf	21/11/2015 11:48:15	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPraticasdoCuidadoemSaude.pdf	21/11/2015 11:47:52	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito

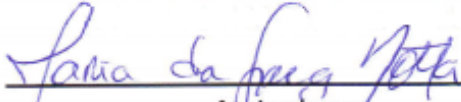
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Janeiro de 2016


 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B – Parecer de aprovação CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Travençolo, 5895
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 02.787.119/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Fedatária do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 02.787.128/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Moscaroso, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 02.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 27 de janeiro de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16002

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

VINÍCIUS ANTÉRIO GRAFF

RAMONA FERNANDA CERIOTTI TOASSI

Título: Práticas de cuidados em saúde pelo cirurgião-dentista na atenção-primária à saúde.

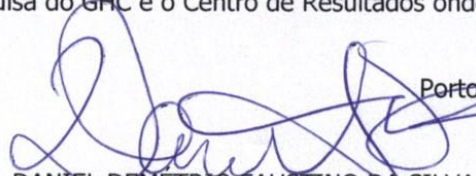
Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.


DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 27 de janeiro de 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa **‘Práticas de cuidado em saúde pelo cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde’**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo analisar as práticas do cuidado em saúde, pelo dentista, em serviços de Atenção Primária à Saúde, no município de Porto Alegre.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista semiestruturada, individual, que contém um roteiro com perguntas abertas e que será gravada. Essa entrevista levará cerca de 50 minutos para ser finalizada e será realizada na própria Unidade de Saúde, em uma sala reservada (consultório odontológico), durante seu horário de trabalho, evitando constrangimento e exposição desnecessária dos indivíduos participantes do estudo. Estou ciente de que haverá a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão os conteúdos, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Ficou claro que poderei ser recontatado (se concordar) para revisar a gravação. As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas em um *pendrive* específico por um período de cinco anos e depois serão destruídas (gravações serão deletadas do *pendrive*). O material textual das entrevistas só será utilizado para este estudo, não sendo usado em estudos futuros.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

A partir desta pesquisa será possível compreender as práticas do cuidado em saúde, a partir da perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde, trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa, o tempo da entrevista e o assunto tratado poderão causar algum incômodo. Se me sentir incomodado ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e o anonimato.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (pesquisadora responsável) no telefone 0XX (51) 3308-5480, endereço Av. Ramiro Barcelos 2492, endereço eletrônico ramona.fernanda@ufrgs.br ou com o estudante de Pós-Graduação Vinícius Antério Graff, no telefone 0XX (51) 9966-0515, endereço Rua Álvares Cabral, 429, das 8h às 18h, e-mail graffvinicius@gmail.com, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51) 3308-3738 ou com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, telefone 0XX (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 9h às 12h e das 14h30min às 17h.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Porto Alegre, ___/___/___

Assinatura do voluntário (dentista)

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados (roteiro de entrevista)

Você está participando de uma pesquisa que trata do tema ‘**práticas de cuidado em saúde**’. Vamos conversar então sobre sua percepção em relação às práticas de cuidado do dentista na Atenção Primária. Sua opinião e percepções são muito importantes para este estudo. Fique à vontade e não se preocupe, pois sua identidade será preservada.

PESQUISA COM DENTISTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data: ____/____/20__ Entrevista n°: ____

1 Sexo e idade

Tempo de conclusão da graduação

Cursos de Pós-graduação

Tempo de trabalho na instituição

Falando sobre as práticas clínicas do dentista na APS:

2 Como você realiza um atendimento odontológico? Descreva a rotina de atendimentos no consultório, pensando desde a chegada do usuário na Unidade de Saúde, o uso do prontuário até o momento da definição do plano terapêutico.

3 O que você entende por cuidado integral em saúde?

4 Sobre a proposta da clínica ampliada: você conhece? Qual sua opinião a respeito?

5 Como você percebe, na sua relação com o usuário que acessa o serviço de saúde bucal, que está conseguindo estabelecer vínculo?

6 Na sua percepção, quais são as características que um dentista deve ter para trabalhar a partir dos pressupostos cuidado integral?

7 Durante sua graduação, como você percebeu o aprendizado clínico e o vínculo junto às pessoas que buscavam atendimento? Os conceitos de ‘cuidado integral’ e de ‘clínica ampliada’ fizeram parte de sua formação na graduação?

8 Como você avalia, hoje, a formação dos estudantes de graduação em odontologia em relação às práticas do cuidado em saúde e do vínculo com os pacientes?

9 Como você percebe a formação de estudantes e graduação e residentes nos serviços de APS (falar na perspectiva do preceptor).

10 Pensando em sua trajetória profissional descreva um atendimento marcante, por você realizado, e explique porque o considerou marcante?

11 Fique à vontade para acrescentar o que julgar necessário.

APÊNDICE C – Produto do mestrado profissional

PENSANDO SOBRE O CUIDADO NAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM SAÚDE BUCAL

Boletim Informativo - Volume 1/ Edição 1 – Março de 2017

A INICIATIVA

Apresentamos a primeira edição desse Informativo, direcionado a profissionais da saúde, professores, residentes e estudantes de graduação em Odontologia inseridos em atividades de ensino nos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma produção técnica elaborada a partir dos resultados de pesquisa vinculada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina/UFRGS. Entendendo a importância da qualidade da relação estabelecida entre usuário e profissional para as ações de atenção à saúde, esse material tem a intenção de apresentar possibilidades para a abordagem clínica na odontologia envolvendo as subjetividades como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e o uso das tecnologias leves/relacionais.

Boa leitura!

Vinícius A. Graff



Imagem 1

...HISTÓRIAS de insatisfação na relação entre usuários e dentistas são tão comuns quanto se imagina. As queixas sobre o atendimento são as mais variadas: atendimento centrado no procedimento; inabilidade na comunicação, com uso excessivo de termos técnicos; falta de acolhimento, com escuta e diálogo insuficientes; a frieza demonstrada pelo profissional diante da situação de vida do usuário (GERON, 2015).

Mas como pensar a CLÍNICA ODONTOLÓGICA a partir de práticas de cuidado integral em saúde?

Para alcançar a integralidade do cuidado, a clínica deve ser 'ampliada' no sentido de possibilitar que outros aspectos do sujeito, que não apenas o físico, possam e devam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais.
(CAMPOS, 1999; CUNHA, 2010)

VOCÊ que está iniciando sua trajetória de vivências em uma Unidade Básica de Saúde, deve se preocupar com o momento inicial, de aproximação com o usuário.

Ter uma ATITUDE ACOLHEDORA no momento do atendimento clínico, mostrando-se DISPONÍVEL e ATENTO para a ESCUTA ao usuário buscando entender o que essa pessoa procura no serviço, sua queixa e expectativas, são posturas profissionais que promovem um cuidado efetivo em saúde.

Muitas pessoas apresentam medo de se submeter a tratamentos odontológicos. Procure estabelecer um DIÁLOGO com tom de voz que expresse tranquilidade e que respeite a história de vida do usuário e suas experiências prévias de idas ao dentista. Convoque-o a participar do tratamento que precisa realizar.

Esteja aberto para escutar, mesmo os problemas que estejam para além dos 'dentes'. Considere a presença de aspectos ligados as SUBJETIVIDADES do usuário que impedem a transformação do desejo do tratamento dentário em ato.

Na CLÍNICA, você pode lançar mão de DISPOSITIVOS FACILITADORES do cuidado em suas práticas em saúde bucal:

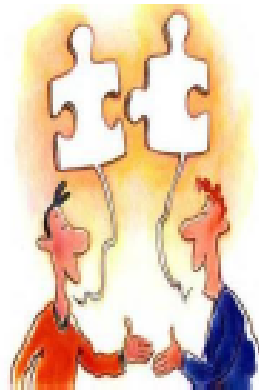


Imagem 2

- No contato inicial, sempre chamar o usuário pelo nome e apresentar-se a ele, informando sua função.
- A utilização do espelho de mão, para que o usuário possa ir acompanhando o exame dentário, e assim debatendo sobre as possibilidades terapêuticas.
- A utilização do prontuário de família, pressupõe que se tenha uma melhor comunicação e o diálogo entre as informações registradas por todos os profissionais da equipe de saúde.
- A abordagem fora da cadeira odontológica permite que se elimine parte da ansiedade gerada em relação à consulta e que pode interferir no tratamento odontológico, o que pode contribuir para o sucesso dos resultados esperados.

E O VÍNCULO, QUE BICHO É ESSE?

O VÍNCULO é uma estratégia essencial às práticas de cuidado em saúde no âmbito da APS. É uma tecnologia leve, relacional, que tem contribuído para a mudança do modelo centrado na doença para um modelo centrado no sujeito (MERHY; FRANCO, 2003; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Na APS, a definição de VÍNCULO é parte do sentido atribuído à longitudinalidade do cuidado. Estabelece-se ao longo de um tempo de contato, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo na presença de um problema de saúde (BRASIL, 2007). Uma relação de vínculo permeada pelo afeto e confiança entre usuário e profissional permite a construção do processo de corresponsabilização e autonomia do usuário por sua saúde, além de carregar um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

HABILIDADES para a escuta e comunicação, a empatia, a confiança e a capacidade técnica para resolver problemas bucais devem estar presentes nos profissionais que pretendam relações de vínculo no cuidado em saúde, aspectos esses que potencializam a abordagem profissional centrada na pessoa.

Para possibilitar a ampliação da clínica em saúde bucal, é preciso extrapolar os limites de uma 'clínica dentária', fazendo-se necessário compreender o usuário no seu modo de vida e nas condições sociais em que sobrevive. (BARROS; WIMMER; BOTAZZO, 2007)

Em uma CONSULTA ODONTOLÓGICA, está em questão não só o procedimento, mas a relação que se estabelece com a pessoa que está sendo atendida. O dentista precisa estar atento aos sinais que não são sempre falados (comunicação não verbal), como, por exemplo, o choro e o medo.

Valorizar a história de vida das pessoas mostrando-se ACESSÍVEL para COMPARTILHAR e FLEXIBILIZAR o plano terapêutico pode trazer confiança e desencadear a ação de permitir-se ao tratamento. Esse é o momento na clínica propício ao estabelecimento do VÍNCULO USUÁRIO-PROFISSIONAL, podendo desencadear os atendimentos/tratamentos efetivos de cuidado em saúde (BRASIL, 2008).

FICA A DICA...

- ⇒ A CLÍNICA DEVE SER UM ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE DIÁLOGO, VÍNCULO E SUBJETIVIDADES ENTRE USUÁRIOS E DENTISTAS DA APS.
- ⇒ COMPARTILHAR EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM CLÍNICA COM OUTROS ESTUDANTES, PROFESSORES E PRECEPTORES E AMPLIAR O REFERENCIAL TEÓRICO QUE ENVOLVA AS SUBJETIVIDADES E O USO DE TECNOLOGIAS LEVES NAS PRÁTICAS CLÍNICAS, PODEM CONSOLIDAR PROPOSTAS DE INOVAÇÕES QUANTO À ABORDAGEM CLÍNICA NA SAÚDE BUCAL.

Nesta edição, as REFERÊNCIAS consultadas para compor o material textual do Informativo foram:

BARRROS, R. S.; WIMMER, G. P.; BOTAZZO, C. Saúde Bucal e prática no cotidiano dos serviços de saúde. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, n. 41, abr. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Coleção Pró-gestores – Para entender e gerir o SUS. Brasília: CONASS, n. 8, p. 41-43, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/prab.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CERON, M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNASUS, 2015. Disponível em: <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/inf/.../Unidade_17.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 69, p. 316-323, set./dez. 2003.

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

IMAGENS:

Imagem 1. Disponível em: <<https://1.bp.blogspot.com/-PITSu02YMT3uC/eqoUAA4AAAAAABSMFAcATZVXcoh/1600/Modelos%20de%20Comunica%25C3%25A7%25C3%25A3o.png>>.

Imagem 2. Disponível em: <<http://gaingualeda.com.br/wp-content/uploads/2012/07/tecnicas.png>>

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO BOLETIM INFORMATIVO

Vinícius Antério Graff (PPG EnSauiFAMED/UFRGS e Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – SSC/ GHC)

Prof. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (PPG EnSauiFAMED/UFRGS e Faculdade de Odontologia/UFRGS)

CONTATO

Elaboração do texto e arte: graffvinicius@gmail.com

Orientação e revisão do texto: ramona.fernanda@ufrgs.br