

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Ludmila Brito e Melo Rocha

**VÍNCULO NO TRABALHO COTIDIANO ENTRE
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E USUÁRIOS**

Belo Horizonte

2014

Ludmila Brito e Melo Rocha

**VÍNCULO NO TRABALHO COTIDIANO ENTRE
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem da UFMG

2014

Rocha, Ludmila Brito e Melo.
R672v Vínculo no trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários
[manuscrito]. / Ludmila Brito e Melo Rocha. - - Belo Horizonte: 2014.
131f.: il.
Orientador: Claudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Relações Profissional-Paciente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Saúde Bucal. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I.
Penna, Claudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : W 84.6


ATA DE NÚMERO 443 (QUATROCENTOS E QUARENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LUDMILA BRITO E MELO ROCHA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de maio de dois mil e quatorze, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*VÍNCULO NO TRABALHO COTIDIANO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E USUÁRIOS*", da aluna **Ludmila Brito e Melo Rocha**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Mirelle Finkler e Efigênia Ferreira e Ferreira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

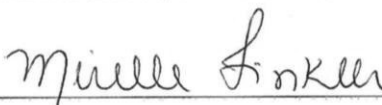
- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de maio de 2014.

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna
 Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



Prof^ª. Dr^ª. Mirelle Finkler
 (UFSC)



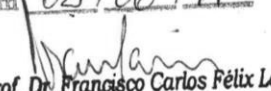
Prof^ª. Dr^ª. Efigênia Ferreira e Ferreira
 (UFMG)



Lucilene Batista Soares Braga
 Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião de CPE
 Em 02/06/14


 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

Ao Rafa,

Companheiro de todos os meses, dias,
horas e minutos dos meus últimos 13 anos
de vida.

Pelos olhares amorosos de todas as
manhãs;

Pelos abraços e afagos compreensivos;
Por vibrar comigo em cada etapa vencida;
Pelo apoio indispensável e incondicional;
Pelas risadas gostosas de doer a barriga;
Por caminhar ao meu lado nas horas graves.

*Com você eu vou mais longe
Que os cristos, que as crenças
Que o bonde de Valença
Com você eu vou mais longe*

*Meu coração é o seu...
Seu coração é o meu...*

Os Exilados - Skank

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da existência e pela capacidade de lutar para finalizar esse projeto;

Aos meus pais, Dorinha e Gerson, por me facultarem chegar até aqui alcançando tantas conquistas;

À minha irmã, Gabi, pela amizade mais que fraterna e a cumplicidade de sempre;

À minha orientadora, Claudia Penna, pela paciência, por me acolher na Escola de Enfermagem, por orientar esse trabalho e me permitir trilhar esse caminho repleto de (auto) conhecimento;

Aos amigos do peito, por suportarem minhas ausências e ajudarem a curar minha ansiedade;

Às joias raras encontradas nesse período, Fabi, Ro, Mandinha e Lydi – o nosso MAM Coruja e os queridos agregados que vieram juntos no pacote – capazes de tornar tudo mais colorido, mais divertido e mais doce;

Aos colegas e amigos do Núcleo de Educação Profissional em Saúde da ESP-MG, quase minha segunda casa, pelas palavras de incentivo, pela generosidade, pela paciência e apoio nas minhas ausências e, não posso deixar de dizer, por me aguentarem nestes últimos períodos tão intensos.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde – NUPCCES – pelo suporte e sugestões e, em especial, à Luany, Patrícia e Paulo Roberto, bolsistas de Iniciação Científica, pela agilidade e cuidado no processo de transcrição das entrevistas;

Aos colegas da Pós Graduação, docentes e funcionários da Escola de Enfermagem pelos momentos de aprendizado e vivências marcantes;

À CAPES pela bolsa de auxílio no primeiro ano de curso e à FAPEMIG pelo financiamento do Projeto de Pesquisa.

A todos do Serviço de Saúde de Sarzedo cuja acolhida imediata tornou o trabalho de campo algo prazeroso e, em especial, à Coordenadora de Saúde Bucal, Sarah, pela abertura, pronta ajuda e recepção calorosa.

Aos sujeitos desta pesquisa pela confiança e permissão para a minha entrada nessa realidade cotidiana.

*A união e a fusão em um ser total não
pode ser realizada por mim e nem pode
ser efetivada sem mim. O EU se realiza
na relação com o TU; é tomando EU que
digo TU.*

Toda vida atual é encontro.

Martin Buber
Eu e Tu

RESUMO

Estudo de caso de abordagem qualitativa fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano com o objetivo de compreender o vínculo profissional / usuário no trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de usuários e profissionais de saúde envolvidos. O cenário foi o serviço de saúde bucal de um município de pequeno porte da região metropolitana de Belo Horizonte - MG. Participaram do estudo três equipes de saúde bucal – quatro cirurgiões dentistas, dois técnicos e dois auxiliares de saúde bucal –, oito usuários, além de três enfermeiros como informantes-chaves, sujeitos estes que vivenciam as ações cotidianas dos serviços de saúde bucal no município e constroem uma realidade social particular. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante registrada em um diário de campo e entrevista com o uso de roteiros semiestruturados. Realizou-se triangulação dos dados obtidos de observação e entrevistas e estes foram então submetidos à análise de conteúdo temática, em que emergiram duas categorias empíricas, cada qual contendo duas e quatro subcategorias, respectivamente. Sejam elas: 1. Os vínculos no vínculo: polissemia na relação terapêutica a) Vínculo enquanto organizador do cotidiano de trabalho: início, meio e objeto b) Complexidade (in)alcançável: o vínculo como encontro virtuoso (ou nem sempre). Tal categoria e as subcategorias que a integram expressam que o vínculo assume diversos sentidos para os sujeitos envolvidos no processo, tais como: de diretriz a ser utilizada para alcance do sucesso terapêutico a imagem-objeto em si mesmo; de ente de natureza complexa, mas virtuosa, de difícil e de delicada consolidação; e, ainda, de fenômeno que pode assumir um caráter indesejável para os envolvidos conforme a aceção que lhe é atribuída. 2. O vínculo no trabalho cotidiano e o trabalho cotidiano no vínculo: condicionantes e determinantes a) Um olhar por sobre a unicidade do profissional b) Equipe de saúde bucal: anexo ou parte integrante das equipes de saúde? Protagonista ou coadjuvante? c) O quem, o como e o quê no trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal d) Ainda a tal porta estreita do acesso: avanços sim, mas com ressalvas A segunda categoria, e suas subcategorias, abordam os elementos que se manifestaram como influentes, positiva ou negativamente, na consolidação do vínculo na relação terapêutica. Destacaram-se: a singularidade dos profissionais envolvidos; a (in)existência de protagonismo das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde; características relacionadas ao próprio trabalho cotidiano da equipe e do modelo de atenção por ela espelhado, além das restrições/hiatos de acesso à atenção à saúde bucal ainda existentes. Os resultados sugerem que o vínculo se consolida de forma particular enquanto laços de confiança e proximidade entre profissionais/equipe e usuários, apesar das limitações impostas pela realidade. A realidade local do município apontada neste trabalho guarda certa regularidade com outros tantos municípios brasileiros, de forma que uma das potencialidades desse estudo é a possibilidade de que o olhar de sujeitos de outros contextos enxergue nos resultados apresentados e nas interpretações realizadas, singularidades viáveis de serem semelhantes a outros cenários. Espera-se que os resultados deste estudo possam oferecer subsídios para o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde bucal na APS.

Palavras-chave: Vínculo, Relações Profissional-Paciente, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Case study with qualitative approach based on Quotidian Comprehensive Sociology that aimed to understand the bond between professional and users on quotidian of oral health teams in the Primary Health Care, from the perspective of users and workers involved. The study's scenario was the oral health service of a small city located in the metropolitan area of Belo Horizonte-MG. The study involved three oral health teams – four dentists, two oral health assistants and two oral health technicians –, eight users, besides three nurses as key informants; all those subjects live quotidian routines within the city's oral health service and make up a social and special reality. Data gathering was obtained through non-participating observation by using a field diary and interview with the use of semi-structured scripts. We performed triangulation technique of instruments that connected the results of the interviews and the observations. The data was submitted to a thematic content analysis and organized in two empirical categories, respectively subdivided into two and for subcategories: 1. The bonds within the bond: polysemy in the therapeutic relationship a) The bond becoming the organizer on quotidian work: beginning, mean and objective. b) Complexity (un) reachable: bond as a perfect meeting (or nearly always). From this category and its subcategories, we may assume that the bond can have many sides, such a guideline to be used to reach therapeutic success up to the goal itself; conceptual entity yet but of virtuous, delicate and difficult consolidation; and a phenomenon that may be undesirable depending on its meaning. 2. The bond within the work quotidian routine and the work quotidian routine in the bond: conditioning elements and determiners. a) A look into the professional's unicity b) Oral health teams: annex or part of health teams? Protagonists or supporting actors? c) "Who", "how" and "what" in the work quotidian routine of oral health teams d) Still a quite narrow access's door: advances yes, but not enough. The second category, and its subcategories, represents the elements that show influence, positive or negative, in the consolidation of the bond on the therapeutic relationship. Among them: the profile and attitude of involved professionals; the (in)existence of the oral health teams's protagonism among the health teams; characteristics related to the work quotidian routine itself and the model of attention it mirrors; besides restrictions / and the remaining access's gaps to oral health services. The results suggest that the bond consolidates in a peculiar fashion while trust and closeness ties grow between professionals and users, in spite of the limitations imposed by reality. The city's regional reality refers to in this work seems to be a portrait of so many other Brazilians cities; and leads us to believe that one of the possible outcomes of that study is that others may see, in our results and interpretations, features likely to be similar to their own scenarios. It is also expected that these results may offer insights on the planning, management and evaluation processes of the oral health in the Primary Health Care.

Key words: Object Attachment, Professional-Patient Relations, Primary Health Care, Oral Health, Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte	37
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil de profissionais participantes da pesquisa.....	39
Tabela 2 – Perfil dos usuários participantes da pesquisa	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BA	Bahia
CD	Cirurgião(ã) Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ENF	Enfermeiro(a)
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
NO	Nota de Observação
NUPCCES	Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SCC	Sociologia Compreensiva do Cotidiano
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Completado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Tensão Pré-Menstrual
TSB	Técnico em Saúde Bucal
U	Usuário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Objetivos	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	O vínculo	21
2.2	O trabalho em saúde.....	25
2.3	Saúde Bucal, Odontologia: um campo, uma prática e várias contradições..	26
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Delineamento do Estudo	31
3.2	Cenário.....	36
3.3	Sujeitos	38
3.4	Técnicas de Coleta dos Dados	40
3.5	Técnicas de Análise dos Dados	42
3.6	Aspectos Éticos.....	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1	Os vínculos no vínculo: polissemia na relação terapêutica	48
4.1.1	Vínculo como organizador do cotidiano de trabalho: início, meio e objetivo.	49
4.1.2	Complexidade (in)alcançável: o vínculo como encontro virtuoso (ou nem sempre).....	56
4.2	O vínculo no trabalho cotidiano e o trabalho cotidiano no vínculo: condicionantes e determinantes	63
4.2.1	Um olhar por sobre a unicidade do profissional.....	64
4.2.2	Equipes de saúde bucal: anexos ou parte integrante das equipes de saúde? Protagonistas ou coadjuvantes?	70
4.2.3	O quem, o como, o quê no cotidiano de trabalho das equipes de saúde bucal.....	83

4.2.4	Ainda a tal porta estreita do acesso: avanços sim, mas com ressalvas	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES.....	121
	ANEXOS.....	128

1

Introdução

SEJAM
BEM
VINDOS!



05/09/2013

1 INTRODUÇÃO

Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos profissionais, mais a um cão ensinado do que a uma criatura harmoniosamente desenvolvida. Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seus próximos e à comunidade.

Albert Einstein

Este trabalho inicia-se propondo um abandono ao formalismo científico pré-estabelecido para a introdução de uma dissertação, uma prerrogativa que eu tomo de empréstimo das abordagens compreensivas. Para tal, pretendo aqui apresentar o meu caminho trilhado como pesquisadora para ir ao encontro do objeto de pesquisa eleito, com vias a descortinar o vínculo no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal. Essa pessoalidade é plausível e necessária, partindo-se do pressuposto de que a investigação aqui tomada a termo veste-se de sentido e significados quando se toma ciência de qual perspectiva falo como sujeito. Apoio-me em ideias como as de Morin (2011), quando este trata da impossibilidade da disjunção sujeito/objeto para alcance de uma potencialidade epistemológica:

Só existe objeto em relação a um sujeito (que observa, isola, define, pensa) e só há sujeito em relação a um meio ambiente objetivo (que lhe permite reconhecer-se, definir-se, pensar-se etc., mas também existir). [...] O objeto e o sujeito, entregues cada um a si próprios, são conceitos insuficientes (MORIN, 2011, p.41).

Assim, opto por assumir uma posição de autora não oculta na tentativa de, utilizando uma visão sensível, trazer nuances da complexidade do fenômeno a ser conhecido (MAFFESOLI, 2008; MORIN, 2011) e de assumir a “tipicidade” proposta pela Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Maffesolli (1988), a partir da qual *somos parte integrante (e interessada) daquilo que desejamos falar* (MAFFESOLI, 1988, p.44).

O advento desta história ocorre ainda na graduação e em minha

aproximação com o fazer e a prática da odontologia. Biomateriais meticulosamente desenvolvidos para o enxerto ósseo perfeito, coroas cerâmicas fresadas via impressoras 3D conectadas a sistemas remotos, micromotores rotatórios para uma inovadora técnica endodôntica... A prática odontológica, de origens artesanais, consolidou-se como ciência e construiu-se procedimento e tecnologia dura dependente. Longe de renegar esse arsenal tecnológico que cerca o mundo da saúde bucal, já que ele facilita a prática de quem o opera e deve ou deveria estar a serviço do bem-estar, saúde e conforto do paciente; o que intriga, muitas vezes, é a centralidade absoluta que este ocupa no atendimento odontológico, galgando um fetiche poderoso entre docentes e alunos. Isso é perceptível também entre profissionais, usuários e gestores. Como profissional de uma equipe de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, pude perceber que essa lógica e esse fascínio continuavam a operar no dia-a-dia de trabalho, na contramão de um movimento de valorização de tecnologias relacionais e de construção de práticas usuário-centradas amplamente discutido no campo da Gestão da Saúde Pública. Esse movimento é preconizado pela própria política de saúde vigente e materializado no modelo eleito para reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS): a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, eu vislumbrava no restante da equipe de saúde, seja pela estruturação própria do seu *modus operandi* ou pelo maior tempo de caminhada na própria ESF, o alcance, mesmo que tímido, de conquistas relativas ao relacionamento com a comunidade, a família e o usuário, o que me levava ocasionalmente a recorrer a ela para auxílio na minha própria rotina de trabalho. Experiências pessoais como cirurgia dentista nesses anos, inclusive no serviço privado, ajudaram-me também a acumular experiências para pensar a temática.

A atuação, posteriormente, junto à coordenação assistencial do serviço de saúde bucal desse mesmo município permitiu-me uma visão mais global dos processos, quando continuei a refletir sobre a questão relacional das equipes de saúde bucal com os usuários. Essa reflexão desenvolveu-se, principalmente, ao observar as peculiaridades de algumas equipes e profissionais, os obstáculos existentes na rede de saúde relacionados à carência de recursos de diversas ordens e, ainda, a dificuldade de se compatibilizar procedimentos, tecnologias e profissionais com usuários e demandas de saúde. Interessada em prosseguir nos estudos

acadêmicos e em investigar a saúde bucal na APS, de forma a contribuir para a gestão dos serviços, mas ainda sem um objeto definido, ingressei no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, sob orientação da Profa. Claudia Maria de Mattos Penna. Foi então que passei a fazer parte do Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) e que se fez possível delinear um objeto de pesquisa a partir das minha experiência profissional e os rumos que os trabalhos do Núcleo vinham trilhando.

De uma forma mais ampla, as pesquisas realizadas pelos membros do NUPCCES, nos últimos dez anos, propuseram-se a analisar as práticas de integralidade desenvolvidas no trabalho cotidiano de trabalhadores da APS, principalmente da ESF, além de discutirem o acesso à atenção à saúde, geralmente na perspectiva de profissionais e usuários. Nesses estudos, emergiram resultados coincidentes, que, em geral, apontaram para duas vertentes reciprocamente relacionadas: a evidência de que uma prática pautada na integralidade da assistência constitui uma construção cotidiana e é dependente de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar; e a necessidade de uma equipe de saúde formada por trabalhadores que desenvolvam uma postura acolhedora, com criação de vínculo e responsabilização com o usuário, mesmo diante das dificuldades diárias a serem enfrentadas, relacionadas à falta de sistema de referência e contra referência, de condições de trabalho tanto materiais quanto físicas e à deficiência de recursos humanos (FARIA, 2014; MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010; PINHO, 2009; QUEIRÓZ, 2008; QUEIRÓZ; PENNA, 2011; REZENDE, 2013; SANTOS, 2012; TORRES; MARQUES; TANNURE; PENNA, 2012; VIEGAS, 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

Tais resultados indicaram temas que ainda careciam de melhor compreensão, dentre os quais se destaca a necessidade de construção de vínculo no cotidiano do trabalho em saúde, de acolhimento e de escuta qualificada, que passaram a fazer parte do discurso do setor saúde de forma preponderante. Isto é, já que a integralidade do cuidado apresenta-se interdependente de um trabalho em equipe, preferencialmente interdisciplinar, e de uma efetiva resolutividade frente às demandas da população, ela deve ser pautada em uma postura acolhedora com escuta qualificada e estabelecimento de vínculo (PENNA, 2013). Essa dissertação é,

de tal sorte, um subprojeto do projeto de pesquisa do NUPCCES intitulado “A construção de vínculo no cotidiano de trabalhadores e usuários da atenção primária a saúde”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Pode-se compreender o vínculo como uma relação interpessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o usuário, em que a manifestação de confiança e responsabilidade é característica (VIEGAS; PENNA, 2012). Ele representa uma tecnologia leve, de caráter relacional, estabelecida entre os sujeitos no trabalho em ato (MERHY; FRANCO, 2003). *É o resultado do diálogo, da assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do usuário e da resolução das suas queixas e necessidades* (BARROS; BOTAZZO, 2011, p.4337). Representa, portanto, um encontro, uma relação de troca.

Conforme Merhy (2004), toda ação assistencial de um profissional de saúde e um usuário processa-se por meio de um trabalho vivo em ato, em que ocorre o encontro de duas pessoas, que agem uma sobre a outra em um processo relacional. Nesse trabalho vivo em ato, a equipe de saúde depara-se com variadas tecnologias para a construção do cuidado no seu cotidiano. São três os tipos de tecnologia presentes no trabalho em saúde: a tecnologia dura (os recursos materiais), a tecnologia leve-dura (os saberes estruturados) e a tecnologia leve (as relações) (FRANCO; MERHY, 2006; MERHY, 2004). Pode-se inferir daí que, apesar de as tecnologias duras serem altamente peculiares ao trabalho cotidiano da saúde bucal, será o conjunto das três tecnologias que irá compor o cuidado no atendimento odontológico. Além do mais, cabem às tecnologias leves, como o vínculo, dirigirem a incorporação das demais (MERHY, 2004; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2005).

Os profissionais de saúde, incluindo o trabalhador coletivo da saúde bucal, ao se encontrarem com o outro, o usuário, que deseja ser entendido e atendido em suas necessidades, edificam com ele um espaço de intercessão. Além disso, operam processos tecnológicos que visam à construção de relações de escuta e responsabilização, com o objetivo de atuar sobre necessidades e em busca de produzir cuidado (FRANCO; MERHY, 2006). Parte daí a importância das tecnologias leves no cotidiano de trabalho, com destaque para o vínculo. Só podemos transformar o processo de produção da saúde se o centrarmos no sujeito. O vínculo constitui,

então, necessário instrumento na mudança do olhar que, por tanto tempo, centrou-se puramente no processo patológico da doença e na produção de atos e intervenções curativas, fragmentando a prática em detrimento de um olhar cuidador integral (VIEGAS; PENNA, 2012).

Nesse contexto, ganha relevo compreender as particularidades do vínculo entre equipe de saúde bucal e usuários ao se ponderar as singularidades do campo da Odontologia, que carrega o legado de ocupação com passado “artesanal”, liberal e homogeneizante. Esse legado transpôs para os serviços públicos seu modelo de prática quase exclusivamente exercida por um sujeito individual, o cirurgião-dentista, no restrito ambiente clínico-cirúrgico do consultório, com foco em um indivíduo doente e com uma proposta resolutiva para o processo saúde/doença pautada essencialmente em tecnologias duras e leve-duras (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003, ZANETTI, 2001).

Na proposta explicitada oficialmente para a APS, a equipe de saúde bucal precisa, como na expressão cunhada por Narvai e Frazão (2008), ir “muito além do céu da boca”. Sob a bandeira da integralidade, ela deve estabelecer complementaridade e interconexões com as práticas do restante da equipe de saúde, assumir o aspecto relacional da relação terapêutica e, ainda, a responsabilidade de ver diante de si um sujeito doente que necessita ser compreendido e cuidado para, dessa forma, possibilitar o efetivo acolhimento e a produção do vínculo (BRASIL, 2004a, 2009, FARIAS; SAMPAIO, 2010, NARVAI; FRAZÃO, 2008). Ademais, o histórico acesso restrito a algumas faixas etárias somado à oferta escassa de serviços públicos de saúde bucal até 2003 – quando da institucionalização de uma política nacional específica de financiamento –, além da inserção tardia das equipes de saúde bucal na ESF, que ocorreu apenas em 28 de dezembro de 2000, pela Portaria GM/MS nº 1.444, delineiam um trilhar ainda recente e talvez inexperiente das práticas de saúde bucal. Esse aspecto ressalta-se tanto na esfera pública quanto no processo de reorientação das práticas, marco principal da proposta da saúde da família (BRASIL, 2006b).

Vêm à tona, à vista disso, as seguintes indagações norteadoras do presente trabalho: ocorreria efetivação do vínculo profissional/usuário como princípio orientador do trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal na APS, ultrapassando o

caráter prescritivo das políticas de saúde, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte? Quais significados desse vínculo como fenômeno cotidiano estariam presentes nos discursos dos sujeitos envolvidos nesse encontro, para além do discurso oficial? Que aspectos favoreceriam ou dificultariam a sua consolidação?

Espera-se que os resultados deste estudo possam permitir reflexões sobre as subjetividades e as potencialidades do encontro profissional/usuário e, ainda, oferecer subsídios para o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde bucal na APS.

1.1 Objetivo

Compreender o vínculo profissional/usuário no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de usuários e profissionais de saúde envolvidos, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte.

2

Referencial Teórica



28/08/2013

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O vínculo

A noção básica de vínculo é a de algo que liga, que ata, que conecta, que une algo a algo, algo a alguém ou alguém a alguém. Nesta última perspectiva, o uso do termo disseminou-se no senso comum, nas mais diversas áreas do conhecimento e, de forma abundante, na área da saúde. São várias as possibilidades do vínculo, de maneira que o termo comporta uma multiplicidade de denominações e se evidencia com o envolvimento de diversos agentes, de naturezas distintas e, ainda, com diferentes configurações. Isso se torna óbvio se tomarmos a habilidade relacional como inerente à essência humana, conforme afirma Boff (1999) “*Como humanos, as pessoas são seres falantes; pela fala constroem o mundo com suas relações. Por isso, o ser humano é, na essência, alguém de relações ilimitadas*” (BOFF, 1999, p. 139).

As primeiras teorizações sobre vínculo têm sua origem na Psicologia Moderna cujas abordagens, entretanto, tiveram dificuldade de superar o clássico recorte do objeto dentro da perspectiva de fenômenos individuais. Assim, a relação com o social e a sociabilidade eram simplificadas e apareciam como externas ou opostas ao indivíduo (CARVALHO *et al.*, 2006). Autores como Freud, Klein, Bion, Bowlby, Spitz, Beresntein, Winnicott, Ainsworth e Braselton são apontados como os mais importantes, nesse sentido, tanto na linha psicanalítica quanto na linha psicológica (RIBEIRO, 2006). Dentre todos eles, os conceitos psicanalíticos de transferência e contratransferência cunhados por Sigmund Freud e desenvolvidos / modificados ao longo dos anos por estudiosos de vertentes da área são aceitos como fenômenos clínicos centrais na compreensão da relação interpessoal, incluindo a terapêutica. A transferência seria o deslocamento inconsciente de sentimentos vivenciados no âmbito de relacionamentos passados para uma relação presente, como a de paciente e profissional de saúde, por exemplo. A transferência gera, por

sua vez, a contratransferência, que seria o movimento oposto, como ainda no exemplo, de profissional para paciente (PALHARES, 2008).

A psicologia social deu um salto qualitativo ao transpor a noção de vínculo para a esfera das relações sociais. Encontraremos na Teoria do Vínculo de Pichon-Rivière, que parte de uma visão predominantemente intrapsíquica para postular as bases de uma teoria social, a interpretação do indivíduo como fruto de uma relação dialética entre ele e os objetos internos e externos, ou seja, entre o seu mundo interno e externo, relação essa mediada pela comunicação e pela aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 2000). Não é a intenção deste trabalho aprofundar na teoria e no tratamento dado ao vínculo pela psicologia, uma vez que a ênfase proposta situa-se no campo do cotidiano de trabalho, da micropolítica, da gestão e da relação terapêutica em si. Avançaremos, então, rumo a esse caminho.

No citado contexto, o vínculo insere-se na categoria de tecnologia das relações, juntamente com outros princípios, como o acolhimento, classificados, ainda, como tecnologias leves do cuidado (FRANCO; MERHY, 2006; MERHY, 2004). Ele representa uma das diretrizes operacionais para materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se deve aliar às noções de estímulo à autonomia e ao autocuidado de sujeitos que falam, julgam e desejam. O vínculo é uma ferramenta essencial para que a atenção à saúde seja mais acolhedora, ágil e resolutiva. Representa a aproximação personalizada de quem oferece/presta os serviços e de quem recebe, de forma compromissada, responsável, solidária e, ainda, socialmente construída (COELHO; JORGE, 2009; FRANCO; MERHY, 2006; GOMES; PINHEIRO, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004). Percebe-se, então, que a noção de vínculo adotada implica responsabilização e compromisso do profissional/equipe com o usuário/comunidade, mas também tem íntima relação com o poder de o outro usufruir da qualidade de sujeito ativo nas decisões sobre a sua vida e as suas necessidades. É um dispositivo que permite trabalhadores e usuários encontrarem suas potencialidades, já que facilita reciprocidade de experiências, possibilitando a criação de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-criados (SANTOS *et al.*, 2008).

Nesse sentido, Ayres (2001) suscita uma reflexão sobre o conceito de sujeito – de caráter individualista e objetificado – utilizado nas práticas de saúde e veiculado predominantemente no pensamento sanitário, que não está harmonizado

com os pressupostos de renovação de conceitos e paradigmas de saúde na atualidade. O conceito a ser perseguido se apoiaria nos aspectos relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, em busca de sujeitos autênticos e autônomos (AYRES, 2001).

Já Silva Júnior e Mascarenhas (2004) propõem que se pense o vínculo em três dimensões: da afetividade – o profissional de saúde gostar da sua profissão e se interessar pelo paciente, facilitando a construção de vínculo entre ambas as partes; da relação terapêutica – significando, por si só, terapia, por meio da própria relação adequada profissional/paciente, em que o último é visto como sujeito portador de autonomia e singularidade; e da continuidade – expressa o prosseguimento da relação ao longo do tempo, propiciando fortalecimento do conhecimento mútuo e da confiança (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Mas é preciso entender, ainda, o porquê e para quê se deseja esse vínculo na APS, com base na proposta de a sua constituição representar condição essencial na garantia de acesso e de resolutividade das ações e dos serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS” – traz no seu bojo a introdução do conceito de humanização para o processo de produção de saúde e para os sujeitos nele implicados: trabalhadores, usuários e gestores. Os valores norteadores dessa política são: o protagonismo e a autonomia dos sujeitos, a co-responsabilização mútua entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e, ainda, a consolidação de redes de participação coletiva na gestão dos serviços e de cooperação (BRASIL, 2006). Essa política reconhece a APS como espaço privilegiado que favorece encontros potencialmente produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários do SUS. Nessa direção, o HumanizaSUS aposta no aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado na APS a partir de um trabalho cotidiano em saúde baseado na construção de *“vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade”* (BRASIL, 2009, p.8).

A relevância tão discutida da revisão do trabalho na APS está explícita em seu conceito, tendo em vista cumprir com o papel crucial por ela desempenhado no

contexto do sistema de saúde: ser 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; ser contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde; orientar-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, trabalho em equipe, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Nessa direção e, ainda, diante da necessidade de uma nova visão do processo saúde-doença, surge a ESF como estratégia de um novo modelo assistencial, focado na reorientação da APS. Ela abarca uma visão integral do sujeito e das ações que envolvam a família e a comunidade e implica a necessidade de “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004).

O vínculo é, então, diretriz da política da APS vigente e ponto central da ESF, conforme expresso no documento Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial:

[...] a humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de coresponsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam o Programa Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do atual modelo assistencial (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012).

Starfield (2002) destaca quatro atributos básicos da APS: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Segundo a autora,

a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população – que deveriam receber seu atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002, p.62).

A operacionalização do atributo da longitudinalidade na APS, por meio da efetiva formação de vínculo interpessoal entre profissionais de saúde e usuários nas unidades de saúde, está profundamente relacionada aos demais atributos citados: um relacionamento duradouro do usuário com uma fonte habitual de cuidado implica que o local será o ponto de atenção ao primeiro contato, o que exige que tal fonte assegure que a atenção prestada seja integral e coordenada (STARFIELD, 2002). Assim sendo, fortalecer o vínculo profissional/paciente na APS é contribuir para o fortalecimento desse *locus* e, conseqüentemente, para a consolidação do próprio SUS.

2.2 O trabalho em saúde

O trabalho em saúde configura-se como essencial à vida humana. É também uma atividade que se posiciona na esfera da produção não material e que atinge a sua completude no ato da sua realização. O ato assistencial em saúde envolve um trabalho especializado que exige trabalhadores que dominem um arsenal de técnicas e conhecimentos para assistir um sujeito ou um grupo que apresenta uma necessidade de saúde. A complexidade objetiva e subjetiva desse encontro torna o trabalho, na atualidade, majoritariamente coletivo (LEOPARDI, 1999).

Para Merhy (2002), todo trabalhador traz consigo uma caixa de ferramentas, que, na saúde, traduzimos pela imagem das valises tecnológicas. Nessas valises/caixas de ferramentas, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, trazem suas ferramentas-máquinas, seus conhecimentos e saberes estruturados e suas relações com todos os outros que participam da produção e do consumo do seu trabalho cotidiano. Cada profissional de saúde possui, na verdade, três valises ou arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira, encontram-se as chamadas tecnologias duras (como instrumentos e equipamentos); na segunda, tecnologias leve-duras (os saberes técnicos estruturados de cada área); e, na terceira, as tecnologias leves (as relações entre sujeitos materializadas em ato). Na produção do cuidado, cada profissional faz uso das três valises, mas organiza diferencialmente uma com a outra, segundo o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haverá predominância da lógica de uma sobre a outra, em conformidade com a tecnologia em que estiver centrado o processo de trabalho.

É importante destacar que o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo, já que o trabalho de um depende do trabalho do outro e a valise de um é necessária para completar a do outro. Entretanto, há um campo partilhado entre todos os tipos de trabalhadores, independente da formação ou profissão: todos são operadores da construção do cuidado e portadores das valises tecnológicas, sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igual para todos (MERHY, 2002; 2004; MERHY; FRANCO, 2009).

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, é preciso pontuar que somente uma conformação adequada da relação entre as três tecnologias (dura, leve-dura e leve) será capaz de produzir qualidade em termos de resultados, como maior defesa da vida do usuário, menor risco de agravos e maior produção de autonomia. Contudo, observa-se que a conformação dessas tecnologias materializada nos serviços acaba por ser o produto das disputas sociais e políticas entre os vários atores que têm interesses no que está sendo produzido no setor saúde, representando, muitas vezes, mesmo que tacitamente, uma pactuação desse processo de trabalho (MERHY, 2004).

Percebe-se, então, que objeto de trabalho não é de forma alguma natural, já que é recortado pelo olhar do trabalhador e, tampouco, são os instrumentos de trabalho, carregados da historicidade dos indivíduos, que os operam. Assim, constata-se que o processo de trabalho possui uma dada intencionalidade e carrega em si projetos de caráter coletivo e pessoal (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). É imprescindível compreender as potencialidades desse trabalho vivo em ato e questionar, no próprio processo de trabalho, a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde e de seus modos de operar. O trabalho em saúde deve embasar-se no valor referente simbólico do ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, de produzir cuidado (MERHY, 2004; 2009).

2.3 Saúde Bucal, Odontologia: um campo, uma prática e várias contradições

O trabalho da odontologia, à semelhança de qualquer trabalho humano, originou-se e se desenvolveu para satisfazer as necessidades da sociedade. Através

dos séculos, o trabalho, inicialmente artesanal, solitário e de cunho altamente liberal, foi complexificando-se, até atingir o estágio atual, marcado por uma acentuada divisão técnica, produto histórico do desenvolvimento científico. Modificações nas características desse trabalho vêm determinando transformações nos sujeitos desses processos, mesmo que lentamente. Como fruto do progresso técnico-científico e ideológico do último século, apontando para a necessidade de respostas à elevação de eficiência do processo de trabalho, o trabalho odontológico dividiu-se tecnicamente em sentido horizontal (especialidades) e vertical (pessoal auxiliar) (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; NARVAI; FRAZÃO, 2008). A partir daí, apesar da forte resistência dos setores corporativistas, a prática odontológica torna-se possível fora dos limites do consultório, por meio, por exemplo, das ações coletivas de saúde bucal, configurando, então, novas possibilidades, conforme afirmam Narvai e Frazão (2008):

o cirurgião dentista que trabalhava isoladamente vem cedendo lugar à equipe de saúde bucal, que se constitui no novo sujeito de uma nova prática odontológica que se está buscando criar e consolidar e que seja capaz de, efetivamente, promover saúde bucal (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p. 119)

Contudo, a herança e o processo histórico de construção da profissão parecem pesar no cotidiano de atuação das equipes de saúde bucal. Estudos apontam a permanência, ainda, de um trabalho isolado, individualizado, focado no profissional, vinculado a procedimentos e tecnologias dependentes do arsenal instalado nos consultórios, primando pela doença como objeto principal da sua prática e a sua cura como o maior objetivo (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI; 2010; MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008; SOUZA; RONCALLI, 2007). A saúde bucal, embora convivendo em Unidades de Saúde com as ações propostas para as Equipes de Saúde da Família, como o acolhimento, a organização do acesso e o trabalho em grupos operativos, excetuando-se experiências pontuais de trabalho integrado, permanece atuando de maneira isolada, com predomínio das ações clínicas (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008).

É importante colocar em relevo que a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF sinalizou novas perspectivas e maior relevância para a política do campo, tendo acontecido, contudo, somente em 28 de dezembro 2000 pela Portaria GM/MS nº. 1.444. Essa Portaria estabeleceu “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do

Programa Saúde da Família” (BRASIL, 2000). A esse novo panorama, somou-se a apresentação do Programa Brasil Sorridente, em 2003, como expressão de uma nova política relatada no documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a; NARVAI; FRAZÃO, 2008). A Política Nacional de Saúde Bucal, em consonância com a tendência das demais políticas do setor saúde, apontou diretrizes para a reorganização das ações e do modelo de atenção, tendo como eixos centrais o cuidado e a integralidade, em uma tentativa de ruptura epistemológica com as práticas e as ideologias odontológicas dominantes (BARROS; BOTAZZO, 2011). Nessa nova realidade, a APS e a sua estratégia de reorientação, a ESF, como primeiro ponto de contato do sujeito com o sistema de saúde, com foco na família e vínculo a um determinado território social, configura-se como um lugar potencial para gerar encontros, produzir subjetividades e intercâmbio de saberes (BARROS; BOTAZZO, 2011; COELHO; JORGE, 2009; GOMES E SÁ, 2009).

Contudo, estudiosos apontam que mudanças centradas basicamente na estrutura, no desenho do serviço e não amplamente nos microprocessos do trabalho em saúde e nas ações cotidianas (re)produzidas por cada profissional incorrerão fatalmente na manutenção do modelo médico hegemônico travestido de inovação (FRANCO; MEHRY, 1999; GOMES; PINHEIRO, 2005).

A organização do trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal, na ESF ou não, é um dos desafios da APS. É mandatório reconhecer que, na lógica da APS e da própria ESF, a inserção da saúde bucal não pressupõe, de forma alguma, autonomização da ESB em relação às equipes de saúde. A ideia perseguida é de trabalho interdisciplinar por equipe multidisciplinar e a ESB é parte integrante da equipe de saúde, seja ela ou não uma equipe de saúde da família. Dessa forma, as ações de saúde bucal integram um quadro de atividades direcionadas à promoção do cuidado em determinada comunidade (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Aos nós críticos aqui já apontados, somam-se os problemas de estrutura e recursos das ESB, como relações precárias de trabalho, qualificação insuficiente dos profissionais, impossibilidades de referenciamento de pacientes para a média e a alta complexidade e infra-estrutura precária ou inexistente nas unidades de saúde. Os desafios e as contradições são muitos, mas, conforme Merhy (2004), a crise do nosso

sistema de saúde não tem, no seu cerne, a ausência de conhecimentos tecnológicos ou mesmo a impossibilidade material de atuação: a questão está centrada, verdadeiramente, nos processos de trabalho em saúde. Apesar do esforço atual para mudança do modelo de assistência, a ótica hegemônica insiste em operar, subordinando nitidamente a dimensão de cuidado dos profissionais de saúde a um papel subalterno e complementar (BARROS; BOTAZZO, 2011; MERHY, 2004).

3

Percursa Metadológica



3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Delineamento do Estudo

Para compreender o vínculo no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal elegeram-se a abordagem qualitativa, utilizando-se como método de pesquisa o estudo de caso. O referencial teórico escolhido destinado a nortear a condução da investigação e a interpretação dos dados da pesquisa fundamenta-se na Sociologia Compreensiva do Cotidiano (SCC) de Maffesoli (1988). Fundamenta-se, ainda, no conceito de vínculo como tecnologia leve ordenadora das demais tecnologias no cotidiano do processo de trabalho em saúde, com o intuito de produzir um cuidado integral.

Essa acepção tem sido explorada de forma intensa nos últimos anos por estudiosos da Gestão em Saúde Pública e das práticas do cuidado integral à saúde, inclusive nos estudos do próprio Núcleo de pesquisa ao qual este trabalho encontra-se vinculado, o NUPCCES da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) (FARIA, 2014; MONTENEGRO; PENNA;BRITO, 2010; PINHO, 2009; QUEIRÓZ, 2008; QUEIRÓZ; PENNA, 2011; REZENDE, 2013; SANTOS, 2012; TORRES; MARQUES; TANNURE; PENNA, 2012; VIEGAS, 2010; VIEGAS; PENNA, 2012).

A natureza subjetiva do objeto de estudo a ser desvelado justifica a escolha da abordagem qualitativa. Essa abordagem carrega como premissa básica a visão de que o mundo origina-se da compreensão que os sujeitos constroem na interface com a realidade nas diferentes interações humanas e sociais. É então necessário encontrar bases para uma análise e para a interpretação dos fatos que tragam à tona os significados atribuídos a esses fatos pelas pessoas que partilham deles (CHIZZOTTI, 2011). Em outras palavras, a pesquisa qualitativa liga-se a questões muito particulares. Segundo Minayo (2010),

ela se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

Stake (2011) propõe características importantes da perspectiva qualitativa de investigação, quais sejam: i) a natureza do conhecimento que se procura alcançar, voltado para a compreensão de complexas inter-relações que acontecem na vida real em que inexistem possibilidades de controle de fenômenos e condições contextuais; ii) a função pessoal do investigador no processo, cuja capacidade de interpretar não deve desvincular-se do desenvolvimento do acontecimento; e iii) o posicionamento epistemológico sobre o produto da investigação que será sempre um conhecimento construído, partindo-se do pressuposto de que a realidade não pode ser descoberta, mas construída e interpretada. Cabe ressaltar, entretanto, que o processo desta investigação social não pode olvidar, de forma alguma, de teoria, método e técnicas adequados (MINAYO, 2009).

A escolha do estudo de caso como método, delineamento da pesquisa, vai ao encontro da sua adequação peculiar a situações em que o pesquisador propõe-se a explicar as circunstâncias presentes por meio de questionamentos tais “como” e “por quê”. Esses questionamentos inscrevem-se em conjunturas em que se tem pouco controle sobre os fatos e em que o foco está sobre um fenômeno complexo da contemporaneidade no contexto cotidiano que exige uma descrição mais ampla (YIN, 2010). O estudo de caso dispõe-se a reunir dados relevantes, por meio de uma coleta sistemática de informações sobre um evento, uma atividade, um conjunto de relações ou um processo social para melhor conhecer como são ou como agem em um contexto real (CHIZZOTTI, 2011). Essa estratégia de pesquisa distingue-se das outras porque se centra no objeto de estudo como único e na compreensão da realidade estudada como singular, complexa e historicamente situada, devendo ser apreendida e captada como realmente é, e não como gostaríamos que fosse (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Gil (2009) aponta algumas características e vantagens do uso de estudos de casos em comparação com outros delineamentos. São elas: (a) Possibilita o estudo de um caso em profundidade; (b) Enfatiza o contexto em que os fenômenos ocorrem;

(c) Garante a unidade, a integralidade do caso, respeitando sua natureza holística; (d) É flexível em relação aos procedimentos a serem adotados na coleta de dados, que podem ser múltiplos; (e) Provê estímulo ao desenvolvimento de novas pesquisas, à medida que tendem a proporcionar nova compreensão do fenômeno e gerar inquietações nos pesquisadores; (f) Favorece a criação de hipóteses devido à riqueza de informações que agregam sobre o caso particular; (g) Possibilita o aperfeiçoamento, a construção e a recusa de teorias a partir do acúmulo de evidências acerca de fenômenos; (h) Permite a investigação em áreas não acessíveis por outros procedimentos mais rígidos, como delineamentos experimentais e levantamentos; (i) Torna possível investigar o caso sob a ótica subjetiva dos sujeitos participantes; (j) Auxilia na compreensão da dinamicidade dos processos; e (k) É passível de aplicação sob diferentes enfoques metodológicos e teóricos.

Como qualquer outro delineamento de pesquisa, a realização de um estudo de caso presume a investigação de um tópico percorrendo uma série de procedimentos sistemáticos. Seu planejamento deve incluir quais os dados a serem coletados, o delineamento do objeto (inclui as questões do estudo, as proposições, a definição do caso ou a unidade de análise selecionada) e, ainda, a forma de coleta e tratamento dos dados (relaciona as técnicas de obtenção dos dados, a lógica que une tais dados às proposições e os critérios a serem utilizados para interpretar as constatações) (YIN, 2010). Chizzotti (2011) propõe um esquema de plano de pesquisa que se inicie por uma fase exploratória – que vai da preparação à seleção do caso a ser estudado, aos objetivos a serem alcançados e ao planejamento para a coleta de dados. Essa fase é seguida do trabalho de campo, simultaneamente com a etapa de organização dos registros, e, posteriormente, da fase de redação do relatório final. Esse foi o caminho percorrido para a condução deste trabalho, ao longo de 24 meses, prazo compatível com a vinculação a um curso de Mestrado.

Ainda sobre os estudos de caso, alguns preconceitos tradicionais contra esse delineamento são apontados, como a falta de rigor de pesquisa, fruto da negligência de alguns pesquisadores, e a preocupação de que estes fornecem pouca base para generalizações científicas. Acresce-se a isso a crítica comum de que o método não possui uma fundamentação amostral (CHIZZOTTI, 2011; YIN, 2010). Cabe destacar que os estudos de casos não visam a generalizações estatísticas, já

que não se ocupam de enumerar frequências considerando-se o foco qualitativo e não quantitativo das particularidades do caso eleito para estudo. Contudo, se destacarmos que um caso específico pode revelar regularidades e realidades universais, independentemente do contexto onde ocorra, pode-se falar em generalização analítica ou naturalística quando for possível que se faça analogias consistentes com outros casos similares, permitindo assim o avanço e a expansão posterior de teorias. Dessa forma, o aspecto da generalização assentar-se-ia na direção da possível transferibilidade para outros contextos (CHIZZOTTI, 2011; GIL, 2009; MEIRINHOS; OSÓRIO, 2010; STAKE, 2011).

A eleição de uma abordagem compreensiva como teoria para este trabalho se relaciona com o fato de que esta tem como pretensão permitir aos fenômenos estudados o “deixar ser” ao invés de propor uma redução a um sistema pré-estabelecido. Nesse sentido, a Sociologia Compreensiva do Cotidiano (SCC) oferta uma potente alavanca epistemológica / metodológica para se alcançar o desvelamento das coisas, que já “são” por si só: compreendê-las e não explicá-las, colocar um alto-falante naquilo que de antemão existe, mas vive em baixo tom no cotidiano. A partir daí, as perguntas deixam de ser “por quê” para se tornarem “como” (MAFFESOLI, 1988, 2011).

A SCC reconhece como dever da sociologia como ciência o enraizamento do pesquisador no cotidiano que carrega em si um conhecimento empírico que não pode ser dispensado. Pelo contrário: ele compõe, na verdade, tal como uma centralidade subterrânea, o alicerce sólido sobre o qual vai se erguer toda a sociologia. Essa epistemologia do cotidiano abarca uma cientificidade generosa e é, então, a proposta de um método singular que intenciona, em sua essência, acompanhar de perto os meandros da diversa existência social. Outras características dessa teoria são: a rejeição ao dualismo esquemático que opõe razão e imaginação com abertura para uma racionalidade mais libertária, uma razão sensível; a assunção de uma sensibilidade relativista que reconhece que a verdade será sempre factual e momentânea; a presunção da riqueza da “tipicalidade” e de um pensamento livre em que o pesquisador é ator e parte do que deseja investigar; e, ainda, a essencialidade da dimensão comunitária em detrimento do individualismo (MAFFESOLI, 1984, 1988, 2008, 2011).

Convém, a partir daí, definir e justificar a opção pela utilização neste estudo do termo “trabalho cotidiano” que irá se apoiar na abordagem do cotidiano da Sociologia Compreensiva do Cotidiano (SCC) de Michel Maffesoli (1984, 1988, 2008) de forma a fazer distinção à terminologia “processo de trabalho em saúde” cunhada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e que se nutre no materialismo histórico marxista (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

A perspectiva do cotidiano adotada pela SCC parte de uma visão estereoscópica, uma reflexão sistêmica, buscando descrever a ordem complexa do mundo e a interação que a anima, mas sem constranger pela força ou promover uma redução do real. Reconhece-se, assim, que todo e qualquer fenômeno cotidiano é passível de múltiplas explicações e representa, por si só, uma cristalização da complexidade do mundo. Para tal, adota-se um atitude formista e liberal que respeita as representações populares e as minúcias que pontuam a vida de todos os dias, com vias a unir-se ao discurso polifônico produzido pela sociedade ao seu próprio respeito (MAFFESOLI, 1988, 2008).

Assim, ao assumir uma abordagem cotidiana para o trabalho da equipe de saúde bucal busca-se um método específico que pretende, antes de tudo, compreender e acompanhar de perto os meandros deste fenômeno da existência social. *Cum preender* é juntar, tomar tudo aquilo que foi separado, o que significa que a proposta aqui assumida é a de descortinar, ressaltar e emoldurar o objeto de estudo que já é e existe por si próprio, no presente e dotado de suas verdades locais.

Sob a égide desta humildade científica, considera-se que:

Há um estilo do cotidiano feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual é preciso que se dê conta, ainda que, para tanto, seja necessário contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos, em adotar um procedimento estocástico e desenvolto (MAFESSOLI, 1985, p.36).

Emerge daí também a visão de um reencantamento do mundo onde, lançando um olhar sobre este cotidiano presente e valoroso, percebe-se o retorno potente dos afetos comuns, da emoção e da sensibilidade vividas em conjunto e presentes como principal cimento das experiências humanas e das vivências cotidianas. Não é, então, uma redução ao individual que está em questão, mas

exatamente o seu oposto: a “socialidade”, o aspecto social e comunitário, as nodosidades particulares que são as pessoas e suas interações.

Assim, as escolhas que fundamentam este trabalho revelam-se coerentes entre si, com o objeto e com o objetivo da pesquisa, direcionando-se para a compreensão do vínculo como fenômeno subjetivo, complexo e contemporâneo que opera no contexto do cotidiano de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Primária.

3.2 Cenário

O cenário do caso estudado foi o serviço de saúde bucal do município de Sarzedo, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Minas Gerais. A RMBH é composta por 34 municípios que abrigam 23,9% da população de Minas Gerais e concentram 34,0% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual, sendo considerada a terceira maior aglomeração urbana do Brasil (FIG. 1). O município de Sarzedo é contíguo aos municípios de Betim, Ibirité, Mário Campos e Brumadinho, pertencendo à microrregião de saúde Contagem. Possui uma área de 61,9 km² e uma população predominantemente urbana de 27.104 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2012).

A rede pública de atenção à saúde de Sarzedo conta com vinte estabelecimentos, dentre eles: sete Unidades Básicas de Saúde, três clínicas/centros de atenção especializada (uma delas em processo de adaptação para habilitação em Centro de Especialidades Odontológicas – CEO), três Unidades de Apoio Diagnóstico/Terapia e um Pronto Atendimento. A percentagem de população coberta pela ESF é de 76,37%, considerando-se as seis equipes de saúde implantadas. Dessas seis equipes, cinco contam com equipes de saúde bucal vinculadas e também inseridas na ESF, o que representa uma cobertura populacional de 63,64%, número relativamente superior à média do estado de Minas Gerias e do Brasil, respectivamente de 42,21% e 37,54%. Ademais, Sarzedo conta ainda com duas equipes de saúde bucal operando na APS em modalidade tradicional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte



Fonte: BELO HORIZONTE, 2013¹.

¹ BELO HORIZONTE. Mapas de Unidades Territoriais: Região Metropolitana de Belo Horizonte. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&tax=34222&lang=pt_BR&pg=7742&taxp=0&>. Acesso em: 13 dez 2013.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos da presente pesquisa foram profissionais das equipes de saúde bucal (cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) e usuários que vivenciam as ações cotidianas dos serviços de saúde bucal no município de Sarzedo e constroem uma realidade social particular. Durante o percurso da coleta de dados identificou-se a necessidade de inclusão dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família vinculadas à equipe de saúde bucal como informantes chave no estudo, de forma a compreender de forma mais abrangente a interrelação entre esses sujeitos.

Os critérios preliminares de inclusão da equipe de saúde bucal (e, conseqüentemente, dos profissionais a ela vinculados) foram composição completa, além de tempo de implantação e de estadia do cirurgião dentista superior a um ano. No caso dos usuários, os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos e possuir cadastro na Unidade Básica de Saúde de lotação da equipe de saúde bucal.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa em seu lócus de trabalho. O mesmo procedimento foi adotado para com os usuários que foram atendidos pela equipe durante o período de permanência da pesquisadora na unidade de saúde. Assim, a escolha dos sujeitos aconteceu de maneira intencional.

Três equipes preencheram os critérios de inclusão supracitados e participaram do presente estudo, duas delas operando com o processo de trabalho na ESF e a outra na modalidade tida como UBS tradicional. Um total de dezenove sujeitos envolveu-se na pesquisa: onze profissionais (destes, três enfermeiros informantes chave) e oito usuários (TABELAS 1 E 2).

Vale lembrar que, ao delinear a população com a qual pretendemos trabalhar em um estudo qualitativo, devemos nos preocupar com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, em detrimento do valor numérico que leva à generalização estatística dos resultados (MINAYO, 2009).

Tabela 1 – Perfil de profissionais participantes da pesquisa

Nº	Profissão	Sigla/Código	Sexo	Carga horária semanal	Tempo de trabalho no município/UBS
1	Técnico em Saúde Bucal	TSB1	Feminino	40 horas	5 anos / 5 anos (2 meses na função)
2	Cirurgiã Dentista	CD1	Feminino	12 horas	10-14 anos / 4 anos
3	Enfermeiro	Enf1	Masculino	40 horas	1 ano / 1 ano
4	Cirurgiã Dentista	CD2	Feminino	12 horas	5 anos / 4 anos e 6 meses
5	Cirurgiã Dentista	CD3	Feminino	40 horas	1 ano e 8 meses / 1 ano
6	Auxiliar de Saúde Bucal	ASB1	Feminino	40 horas	2 anos e 8 meses/2 anos
7	Enfermeira	Enf.2	Feminino	40 horas	4 anos / 2 anos e 4 meses
8	Cirurgiã Dentista	CD4	Feminino	40 horas	1 ano e 2 meses / 1 ano e 2 meses
9	Enfermeira	Enf.3	Feminino	40 horas	2 anos e 9 meses / 2 anos e 9 meses
10	Técnico em Saúde Bucal	TSB2	Feminino	40 horas	1 ano e 5 meses / 1 ano e 5 meses (2 meses na função)
11	Auxiliar de Saúde Bucal	ASB2	Feminino	40 horas	9 anos / 3 anos e 2 meses

Tabela 2 – Perfil dos usuários participantes da pesquisa

Nº	Sigla	Idade	Sexo	Ocupação
1	U1	58	Feminino	Doméstica
2	U2	34	Feminino	Do lar
3	U3	24	Feminino	Costureira
4	U4	38	Feminino	Do lar
5	U5	84	Feminino	Costureira
6	U6	33	Feminino	Do lar
7	U7	58	Feminino	Do lar
8	U8	30	Feminino	Comerciante

3.4 Técnicas de Coleta dos Dados

Os estudos de caso têm como potência a habilidade de convergir uma ampla variedade de dados – documentos, entrevistas, observação, artefatos, etc., que se complementam (YIN,2010). A utilização de variadas técnicas de coleta de dados subsidia a profundidade necessária ao estudo do caso e a inserção deste em seu contexto (GIL, 2009). Nesta pesquisa, as técnicas de coletas de dados eleitas foram a observação não participante e a entrevista. Os dados foram coletados entre os meses de julho e novembro de 2013, durante o horário de funcionamento das unidades de saúde, conforme cronograma pactuado previamente com a Coordenação de Saúde Bucal do município e, ainda, por meio de acordo prévio com os profissionais das equipes.

A observação direta possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, apresentando vantagens, como permitir uma melhor aproximação da perspectiva do sujeito, desvelar aspectos novos do fenômeno estudado e possibilitar a coleta de dados em situações em que outras formas de comunicação estão impossibilitadas. Entretanto, também apresenta pontos críticos em que o contato direto e prolongado do pesquisador com o objeto de pesquisa e o seu contexto pode ser problemático, podendo causar alterações no ambiente e no comportamento das pessoas observadas ou trazer uma visão que se baseie excessivamente na interpretação pessoal do observador (GIL, 2009; LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Dentre as modalidades de observação como estratégia de coleta de dados, a observação não participante representa a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de forma prolongada situações e comportamentos que se relacionam com o seu objeto de estudo, sem se reduzir a conhecê-los por meio das categorias utilizadas por aqueles que vivenciam tais situações. É uma técnica direta porque presume contato com os sujeitos. Trata-se de uma observação não dirigida na medida em que a realidade continua sendo o objetivo final e o pesquisador não intervém na situação observada. É, ainda, uma análise qualitativa em razão de entrarem em jogo anotações para compreender e descrever um fenômeno, mais do que números para quantificar frequências de comportamentos (POUPART et al., 2008). Constitui-se em um instrumento complementar na captação da realidade empírica dos sujeitos da

pesquisa, quer estejam na prática da assistência, quer no exercício da função gerencial (TRIVIÑOS, 1994).

Os devidos focos de observação foram determinados pelo objetivo do estudo, mas se procurou não perder a perspectiva de totalidade. O instrumento de observação utilizado foi o chamado diário de campo, criado especialmente para registro de forma prática das informações colhidas em campo, no momento mais próximo possível da observação (APÊNDICE A). A coleta de dados por meio dessa técnica envolve uma parte descritiva e outra reflexiva, sendo que algumas diretrizes, entre elas o “quê” e “como” observar, podem orientar o detalhamento dos registros, envolvendo questões relacionadas aos sujeitos, ao cenário ou ao contexto e ao comportamento social (GIL, 2009; LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 2009; POUPART *et al.*, 2008).

Durante os períodos de observação, que totalizaram aproximadamente 20 horas, foi possível registrar anotações no espaço privilegiado onde se conforma o trabalho cotidiano da equipe a partir de situações cotidianas de interação dos profissionais com os usuários e entre si, além de diálogos informais da pesquisadora com os sujeitos do estudo. As dez páginas do diário de campo preenchidas foram então digitadas para serem agregadas à análise posterior dos dados.

Conforme proposto por Minayo (2009), a entrevista é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores realizada por iniciativa do pesquisador-entrevistador. Tem como finalidade obter informações para a (re)construção de um objeto de pesquisa, por meio da abordagem, pelo entrevistador, de temas pertinentes ao objetivo proposto. Ela pode combinar perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2009).

Ludke e André (1986) ressaltam alguns aspectos cruciais na postura do entrevistador:

ao lado do respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado, o entrevistador tem que desenvolver uma grande capacidade de ouvir atentamente e de estimular o fluxo natural de informações por parte do entrevistado. Essa estimulação não deve, entretanto, forçar o rumo das respostas para determinada direção. Deve apenas garantir um clima de

confiança, para que o informante se sinta à vontade para se expressar livremente (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 35).

As entrevistas ocorreram individualmente em lugares reservados, a partir de um roteiro semi-estruturado de perguntas para os usuários (APÊNDICE B) e outro para os profissionais de saúde (APÊNDICE C). Para os usuários, o roteiro preliminar envolveu perguntas sobre o relacionamento destes com os serviços de saúde bucal: primeiro contato, percepção sobre os serviços prestados, como se sentem cuidados quando buscam atendimento, em que situações buscam a unidade e em quais não buscam, além do entendimento que eles possuem sobre vínculo. Para os profissionais da equipe, o roteiro incluiu um relato sobre o cotidiano de trabalho, interação/integração com o restante da equipe, compreensão que eles possuem sobre vínculo e, ainda, quais as estratégias propostas para o estabelecimento de vínculo no serviço entre equipe e indivíduos. Os enfermeiros, tidos como informantes chave da pesquisa, responderam a um roteiro reduzido, recortado do roteiro para os profissionais (APÊNDICE C), direcionado para a visão sobre a interação/integração da equipe de saúde bucal com o restante da equipe. Com o objetivo de conservar a fidedignidade das informações colhidas, as entrevistas foram gravadas com uso de dispositivos móveis e posteriormente transcritas na íntegra. A confidencialidade das respostas foi garantida de forma que os entrevistados foram identificados, na ordem de realização das entrevistas, por meio de codificação específicas descritas nas Tabelas 1 e 2.

O fechamento amostral deu-se por saturação teórica dos dados, ou seja, houve interrupção da coleta quando se obteve uma quantidade suficiente de dados capazes de possibilitar reincidência/redundância das informações e dos conteúdos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; MINAYO, 2009). A avaliação da saturação de dados pode ser detectada no processo contínuo de análise de dados efetuado desde o início do procedimento de sua coleta.

3.5 Técnicas de Análise dos Dados

Com vistas a favorecer a qualidade e a profundidade das análises e produzir uma imagem mais completa do fenômeno investigado, o estudo de caso

propõe a chamada triangulação de técnicas e instrumentos, em que os dados do diário de campo da observação integraram-se à análise das entrevistas obtidas (GIL, 2009; MINAYO, 2010; VIEGAS, 2010).

Os dados foram tratados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2011), uma escolha que possibilitou trazer à tona os conteúdos ocultos nos dados coletados, de forma a permitir o alcance dos objetivos do estudo. Segundo a própria autora:

(...) a análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição desses conteúdos e formas (...) procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2011, p.50-51).

Didaticamente, a Análise de Conteúdo abrange três fases: i) pré-análise: leitura inicial e organização do material a ser analisado, isto é, preparação para a análise propriamente dita; ii) exploração do material: exploração com sistematização dos dados brutos –por meio da leitura exaustiva e da identificação das unidades de sentido; e iii) tratamento dos resultados obtidos, inferências e interpretação: inferências do pesquisador à luz da teoria adotada, colocando em relevo as conclusões obtidas (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2008).

3.6 Aspectos Éticos

No ato do convite para participação, os voluntários foram informados sobre os objetivos da pesquisa, as questões éticas que envolvem estudos com seres humanos, bem como sobre todo e qualquer procedimento envolvido – conforme as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº196, de 1996, e nº 466, de 2012. Aqueles que concordaram em participar fizeram a leitura e assinaram posteriormente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma dessas deixada em poder de cada participante (APÊNDICES E e F).

Cabe ressaltar que a pesquisa contou com a anuência do gestor de saúde municipal, foi sido aprovada na Câmara do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG e no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, projeto CAAE nº11705112.1.0000.5149 (ANEXOS A, B, e C; APÊNDICE G).

4

Resultados e Discussão



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As observações realizadas antes do início das entrevistas permitiram compreender e reconstruir a dinâmica e a organização do trabalho cotidiano das equipes.

As três equipes participantes do estudo, apesar de guardarem entre si importantes características que as distinguem, organizam de forma bastante semelhante o cotidiano de trabalho que lhes é próprio. A conformação atual aparenta ser fruto dos trabalhos de alguns anos de discussão da Coordenação da Saúde Bucal junto aos profissionais das equipes a ela conectados e do acompanhamento, mesmo que incipiente, do Conselho Municipal de Saúde do município.

Duas das equipes estão inseridas na ESF, enquanto outra passa por um momento de transição e opera na modalidade tradicional de atenção básica em que os profissionais cumprem carga horária inferior a 40 horas semanais de trabalho e apoiam as equipes de saúde. Futuramente, ambas as dentistas a ela vinculadas serão encaminhadas ao CEO e um terceiro cirurgião dentista com o vínculo de 40 horas semanais assumirá a equipe. Essas duas profissionais referidas possuem vínculo de 20 horas com o município, mas por um acordo com a gestão municipal – já que são especialistas –, cumprem 12 horas, cada uma, de atendimento na UBS, o que totaliza 24 horas de disponibilidade para atendimento. Nas 16 horas restantes de funcionamento da UBS, a profissional auxiliar de saúde bucal (ASB) está presente no consultório para prestar informações, organizar o trabalho e realizar possíveis encaminhamentos que se fizerem necessários. Essa equipe encontra-se vinculada a uma equipe de ESF, respondendo por uma cobertura de 9.200 usuários.

Sobre as duas equipes inseridas na ESF, uma é de composição de modalidade I (cirurgião dentista e ASB) e a outra de modalidade II (cirurgião dentista, ASB e técnico em saúde bucal - TSB). A equipe modalidade I, com apenas um ano de implantação, está inserida em uma equipe da ESF responsável por uma população de 3.000 usuários e já se encontra em situação ideal de cobertura. A UBS onde a

equipe está lotada localiza-se em um dos bairros mais novos de Sarzedo, com muitos domicílios, comércios e equipamentos públicos em construção. Já a equipe modalidade II insere-se em uma equipe de ESF, mas é também responsável pela população de uma UBS vizinha que não conta com serviços de saúde bucal. Ela responde por 8.970 usuários, situação que passaria em breve por revisão já que uma nova equipe de saúde bucal estava em fase de implantação nessa UBS vizinha quando da coleta de dados. A população seria então reequacionada (a nova população seria de 4.768 usuários).

Na agenda das equipes de saúde bucal há espaço reservado à demanda programada e à demanda espontânea. Para a programada, faz-se a destinação equitativa de cotas de “vagas de tratamento” para os ciclos de vida – menores de 5 anos, 6 a 10, 11 a 19, 20 a 59 e maiores de 60 anos – e para as condições de saúde: hipertensos, diabéticos e gestantes. Em períodos anteriores ao esquema atual, realizava-se uma espécie de triagem acompanhada de palestra educativa realizada pela equipe, com prévio agendamento de data e horário, quando então se distribuíam as citadas vagas para tratamento odontológico. Essa conduta foi abandonada – por último, para a faixa etária de 20-59 anos, em período anterior à coleta de dados – devido aos tumultos que provocava nas UBS, causando insatisfação nos usuários e tensões no interior da equipe, conforme pôde ser percebido. Os usuários precisavam comparecer muito cedo à Unidade sem a garantia de serem contemplados, destacando-se que apenas aqueles que compareciam naquele momento pontual tinham possibilidade de pleitear acesso ao serviço. Os profissionais relataram sentir-se frustrados e ansiosos com a situação e com as filas geradas por meio das listas de espera. Atualmente, para candidatar-se a uma vaga o usuário deve procurar a equipe para inscrever-se ou “colocar o nome no caderno” de acordo com o grupo ao qual pertence. Apesar da melhoria no processo, ainda há queixa de demora para início no tratamento por parte de profissionais e usuários, espera que depende do tamanho da “fila virtual” existente para cada ciclo de vida / condição de saúde.

No cerne do problema, parece estar a demanda historicamente acumulada de necessidades odontológicas na população como um todo, herança de um modelo de atenção à saúde tradicionalmente excludente e com ênfase em ações puramente curativas ainda enraizado no fazer profissional. Além disso, destaca-se a proporção

inadequada de usuários cobertos por equipe que, apesar dos grandes avanços alcançados nos últimos anos no município, ainda se mostra aquém da situação ideal (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010; MOYSÉS S.J. *et al.*, 2008).

A demanda espontânea, ou seja, os casos de urgência são acolhidos e atendidos diariamente pela equipe de saúde bucal, separadamente do acolhimento realizado pelas equipes da ESF. Se necessário, procede-se à conduta clínica imediata ou agenda-se o usuário para breve atendimento com solução daquela demanda específica, sem possibilidade de prosseguimento ao tratamento. As equipes, por orientação e discussão junto à Coordenação de Saúde Bucal, estavam implantando, no período de realização da coleta de dados, um horário preferencial para acolhimento das urgências – das 7h30 às 8h30 – em busca de aperfeiçoamento da organização diária do trabalho.

Além do atendimento das demandas programada e espontânea, as equipes ocupam-se, em menor ou maior grau, de ações de educação e promoção de saúde por meio da participação em grupos operativos de gestantes, diabéticos e hipertensos existentes na UBS sob coordenação do profissional de enfermagem. Além disso, participam das reuniões de equipe que envolvem todos os profissionais da Unidade. São realizadas também, com frequência variável, a depender da equipe, visitas domiciliares e participações nas reuniões das Comissões Locais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

No seguir da análise dos dados, por meio da análise de conteúdo temática, emergiram duas categorias empíricas, cada qual contendo duas e quatro subcategorias, respectivamente. A sistematização em categorias e subcategorias objetiva sintetizar os dados de forma a reproduzir o fenômeno do vínculo terapêutico no processo de trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal no município de Sarzedo, a saber:

- **Categoria 01** – Os vínculos no vínculo: polissemia na relação terapêutica
 - **Subcategoria 1.1** – Vínculo como organizador do cotidiano de trabalho: início, meio e objetivo

- **Subcategoria 1.2** – Complexidade (in)alcançável: o vínculo como encontro virtuoso (ou nem sempre)
- **Categoria 02** – O vínculo no trabalho cotidiano e o trabalho cotidiano no vínculo: condicionantes e determinantes
 - **Subcategoria 2.1** – Um olhar por sobre a unicidade do profissional
 - **Subcategoria 2.2** – Equipe de saúde bucal: anexo ou parte integrante das equipes de saúde? Protagonista ou coadjuvante?
 - **Subcategoria 2.3** – O quem, o como e o quê no trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal
 - **Subcategoria 2.4** – Ainda a tal porta estreita do acesso: avanços sim, mas com ressalvas

Com relação à primeira categoria e às subcategorias que a integram, foi possível captar que o vínculo assume diversos sentidos para os sujeitos envolvidos no processo, tais como: de diretriz a ser seguida para alcance do sucesso terapêutico a imagem-objetivo em si mesma; de ente de natureza complexa, mas virtuosa, de difícil e de delicada consolidação; e, ainda, de fenômeno que pode assumir um caráter indesejável para os envolvidos conforme a acepção que lhe é atribuído.

A segunda categoria e as suas subcategorias abordam os elementos que se manifestaram como influentes, positiva ou negativamente, na consolidação do vínculo na relação terapêutica. Destacam-se: o “perfil” e a “postura” dos profissionais envolvidos; a (in)existência de protagonismo das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde; as características relacionadas ao próprio trabalho cotidiano da equipe e do modelo de atenção por ela espelhado, além das restrições / hiatos de acesso à atenção à saúde bucal ainda existentes.

4.1 Os vínculos no vínculo: polissemia na relação terapêutica

Aqui se revela o caráter polissêmico da noção de vínculo na relação profissional / usuário.

Dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação são alguns dos sentidos que vêm sendo atribuídos à expressão, sem citar a interface que esta compõe com outros grandes conceitos da área da saúde pública e das ciências sociais (CARVALHO; POLITANO; FRANCO, 2008; GOMES; SÁ, 2008).

4.1.1 Vínculo como organizador do cotidiano de trabalho: início, meio e objetivo

O vínculo mostra-se, simultaneamente, como sinalizador de início exitoso da relação terapêutica, como instrumento ideal para condução do processo e, por fim, como objeto de alcance em si mesmo, considerando que a constituição de vínculo profissional / usuário e com a família deste último carrega consigo alguns benefícios almeçados no contexto terapêutico.

Eu acho que a gente trabalhar vínculo, vínculo é o início, é o carro chefe, vai manter todo o tratamento, toda abordagem odontológica [...] Esse vínculo é importantíssimo, sem esse vínculo não consegue ter continuidade no tratamento, no processo de cura de doença, a gente vai ficar só tampando buracos, então tem que ter o vínculo. (CD2)

Porque vem aqui, aí vem, vamo fazer a entrevista, me conta, aí fala, aí quando retorna mais de uma vez, eu sei com quem que acompanha, com quem que trouxe, geralmente a gente sabe de tudo. Por exemplo, tem paciente minha que é diabética, eu sei direitinho as filhas que cuidam, como é que funciona. A glicose da paciente não abaixa de jeito nenhum essa semana, eu falo “Com quem você tá essa semana?”, eu sei a filha que abaixa, eu vou e mando chamar... Falo: “Olha, preciso fazer a cirurgia, não tô conseguindo, o que tá acontecendo lá?” “Ah, a mãe tá comendo escondida, peguei a mãe comendo escondida!” Tem isso, inclusive a [paciente agendada] não veio hoje, eu já sei por que ela não veio, ela tava com crise de asma, talvez vai melhorar ou não, paciente diabética, asmática e tudo. (CD3)

Por exemplo, a gente atende puericultura, às vezes criança que eu já terminei de atender e já saiu do programa, quando nasce uma criança nova na família, eles mesmos nos procuram aqui pra fazer inserção da criança nesse programa, porque eles já conhecem o programa, então já procura direto a gente assim. Sabe que existe o programa, procura o profissional, é uma coisa bacana. Tem isso. A gente tem isso. Qualquer alteração, quando muda de endereço eles vem e avisam porque já sabe que a gente precisa do endereço pra poder chamar essa criança em casa. (CD1)

Depreende-se o quanto a existência de um vínculo prévio com usuário e sua família traz resolutividade para a própria consulta e para o acompanhamento

terapêutico como um todo, o que o torna altamente desejável. Conhecimento anterior da história de vida, familiar e condições clínicas do paciente, além de espontaneidade nos diálogos, destacaram-se, nesse sentido, durante os períodos de observação realizados (NOTAS DE OBSERVAÇÃO - NO_{2,7,9}).

Um exemplo antagônico ocorreu no retorno da pesquisadora à UBS quando uma das profissionais TSB havia sido substituída por uma ASB na semana anterior, um rearranjo necessário efetuado pela Coordenação de Saúde Bucal. Apesar de acostumada com as rotinas de trabalho da rede (a profissional já vinha de outra unidade do município), o fato dela não se encontrar vinculada àquela equipe e àquela comunidade específica reduziu naquele momento a resolutividade e a agilidade dos atendimentos realizados. Dificuldade para encontrar prontuários e definir a situação do usuário (atendimento de urgência, primeira consulta ou retorno, etc.), falta de um arsenal de informações suficientes para tirar dúvidas específicas e encaminhar demandas, além de bloqueios perceptíveis nas conversas empreendidas, talvez por inexistência de relacionamento prévio, puderam ser percebidos no episódio (NO₁₀).

Inegavelmente, as características da interação profissional / paciente *contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária* (STARFIELD, 2002, p.292). Na prática, percebe-se que a qualidade dessa interação tem, muitas vezes, papel determinante nas atitudes e nos pensamentos do usuário, refletido a partir da sua satisfação ou não: na lembrança de informações pertinentes à sua necessidade de saúde, na compreensão do diálogo travado e na adesão às orientações e ao próprio tratamento (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, Campos (2002) aponta que a construção de vínculo é, em si, um recurso terapêutico, não se tratando, por conseguinte, de uma estratégia puramente humanizadora dos serviços de saúde, mas outrossim da consolidação de uma técnica capaz de qualificar o trabalho em saúde. Assim, um dos meios possíveis para se construir a prática de uma clínica de qualidade é o fortalecimento de vínculos entre o usuário, a família e a comunidade com a equipe e com alguns profissionais em específico que possam lhe servir de referência. Merhy e Feuerwerker (2009) situam o vínculo como componente da “caixa de ferramentas de tecnologias leves” do trabalhador da saúde, aquela que permite a produção das relações envolvidas no encontro terapêutico e a captação com precisão da singularidade, do contexto, do

universo cultural, dos modos específicos de viver e de determinadas situações por parte do usuário, o que enriquece e amplia o raciocínio clínico do profissional.

Similarmente, toma relevo o vínculo intra-equipe:

Acho que vínculo entre a gente profissional também... A gente chegar aqui e trabalhar em equipe, eu acho que também facilita muito, porque eu vejo que quando é... Ela [a dentista], às vezes ela chega aqui, com alguma coisa, uma dor de cabeça, alguma coisa assim, se a gente não conseguir organizar o serviço pra ela, as coisas não flui. Então assim, o vínculo entre a gente tem que ser fundamental também, sabe? Pra gente conseguir triar o paciente até ela. (TSB2)

Entre profissionais, encaminhamentos, esse fluxo tem que haver, o fluxo tem que ser ágil, tem que ter uma solução de problemas, retorno, uma demanda, tem que ser triada, gerada, resolvida. (CD2)

A vinculação e a sintonia entre os membros da equipe de forma a, inclusive, contornar intercorrências, é importante para a organização do micro processo de trabalho. Os verbos “fluir” e “fluxo” aparecem nos fragmentos de fala de modo a representar a instrumentalidade do vínculo no auxílio à vazão das demandas e das solução de problemas.

O que distingue de forma *sine que non* uma equipe de saúde é a interação social entre os seus membros e destes com os usuários, considerando-se a natureza intersubjetiva do trabalho em saúde. O fato de trabalhadores de saúde compartilharem a mesma situação de trabalho não é suficiente para constituir uma equipe integrada, muito menos para o simples estabelecimento de relações pessoais cordiais: é preciso avançar na interação social, nas habilidades comunicativas rumo à integração dos saberes especializados, tendo em vista a integralidade em saúde, a resolutividade e a não sobreposição de ações (PEDUZZI, 2007).

Em outra direção, quando o exercício do vínculo traduz-se em comprometimento e responsabilização do profissional para com o usuário pode evitar desencontros e ruídos:

Igual hoje mesmo, na hora que [a dentista] me ligou, ela me ligou era seis e pouco que tava passando mal e que não ia vim [...] Eu fiquei com medo porque ele ia faltar de serviço, então assim, eu falei com ele que ele podia vir hoje que eu conversava com [a dentista] que ele tava com dor que qualquer coisa [a dentista] dava atestado [...] Era seis e pouca da manhã e eu na casa do moço! [...] “Só to avisando

porque ele pode descer comigo agora que eu ligo no outro posto.” [...] Com isso o telefone estragado, eu não tenho bônus hoje mais, não! Porque eu liguei tudo pros pacientes! [...] Pra, o quê, não precisar ficar vindo aqui! (TSB1)

As meninas são muito boas, sabe? Elas dá atenção, sabe? Elas é umas meninas que elas cuidam, elas querem ajudar, quando a gente não pode...o dia que não tem consulta elas pede às meninas, as agente de saúde, pra tá entregando a gente um bilhete, sabe?! Pra não vim... Igual pra gente nessa situação [gestação] é muito difícil pra ficar andando. Aí elas vai e sempre falam. Então a gente não vem assim, assim, pra perder tempo... A gente vem pra consultar. (U8)

Assim, evita-se a sobreposição de ações, dispêndio desnecessário de tempo e recursos, além de conflitos / descrença no serviço junto à comunidade. Nos casos acima, o cuidado dos profissionais em não provocar deslocamentos dispensáveis dos usuários até a UBS diante da impossibilidade de atendimento materializa o compromisso da equipe com o cuidado. Destaca-se mais ainda quando a preocupação só cessa diante do encaminhamento do paciente a outro ponto da rede para a solução da sua necessidade de saúde, desfecho que pode ser presenciado em um dos momentos de observação na UBS (NO₄).

A prática clínica apoiada no vínculo é capaz de viabilizar a responsabilização da equipe multiprofissional e a autonomia com o produto do trabalho em saúde. Sob essa ótica, o vínculo age como promotor de desalienação do trabalhador em relação ao resultado do seu trabalho, à sua “Obra”, que aqui representa o cuidado em saúde e a defesa da vida do usuário (CAMPOS, 1998, 2005).

Contudo, comprometer-se e se responsabilizar são ações apontadas pelos sujeitos envolvidos como de necessária reciprocidade:

Eu acho que é esse comprometimento mesmo que existe, entre a gente que presta o atendimento e ele que tem que participar de forma ativa. O vínculo ele não existe de um lado só, não tem como eu me sentir vinculada a uma comunidade que também não tem comprometimento com o serviço que a gente presta. (CD1)

A gente precisa desse, dessa conscientização familiar, se a mãe tá trabalhando, que precisa sair cedo e o pai também, mas que seja um parente próximo com responsabilidade, com maioridade e com responsabilidade em acompanhar a criança no tratamento, isso é importantíssimo. [...] Você precisa de um acompanhante, a gente precisa, muitas vezes tem procedimentos invasivos, aí você vai fazer uma extração de dente decidiu prematuramente por destruição

devido a cárie, aí você precisa que o acompanhante entenda a necessidade de mantenedor de espaço. (CD2)

A participação ativa do usuário e o seu comprometimento com o serviço e com o cuidado prestado a ele e àqueles sob sua responsabilidade aparecem aqui como requisito para a consolidação do vínculo. A co-responsabilização com participação ativa, porém, é ainda um dos grandes desafios dos serviços, já que a desejável postura passiva do paciente e a sua “coisificação” com vias a perscrutar o silêncio ou não dos órgãos é uma característica histórica do modelo biomédico e, conseqüentemente, da Odontologia, sendo reproduzida diariamente na tônica social.

Serviços de saúde que intencionam responsabilizar-se pelas necessidades de saúde de uma comunidade precisam construir uma cultura organizacional de ampliação da autonomia dos sujeitos-usuários. É inerente à prática em saúde a singularidade do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica e o compartilhamento de saberes entre profissional e usuário é uma forma de assegurar resultados mais eficientes no processo de cura e / ou no controle das morbimortalidades (CAMPOS, 1997; SANTOS, 2008).

Paradoxalmente, a relação profissional / usuário parece revelar um caráter paternalista e prescritivo:

Quando ela vê que tá alguma coisa errada aqui mesmo, a dentista fala, chega pra gente e fala tá errado mesmo, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, você tem que escovar sua língua se não vai passar o micróbio pra sua, pro lugar que arrancou o dente. Ela chega e fala, tem que falar. [...] Todas as vezes, por isso que quando ela vem, ela orienta a gente como é que a gente tem que ser, fazer. (U2)

Se ela tiver assim algo pra falar ela fala, eu acho que o dentista, o profissional ele tem que ser assim, né, ele não deve olhar a pessoa e ver a coisa errada e deixar por isso mesmo, acho que deve falar. [...] Intervir, ensinar, igual ela ensina a gente a escovação, essas coisas assim, porque até a gente mesmo, não é só criança que não sabe escovar dente não! Quantos adultos aí que não sabem, então explica e tudo e fala “Tem que ser assim, assim, assim!” (U8)

Na verdade, pode ser esse traço particular que também fomenta o vínculo, visto que é dessa forma, algumas vezes, que há a percepção, do próprio usuário, de estar recebendo cuidado.

O estabelecimento de vínculo profissional / usuário prescinde de um processo de negociação quanto às necessidades de saúde desse último. É necessário que haja um consenso entre necessidades e responsabilidades, de forma a impedir que o ato terapêutico centre-se unicamente no trabalhador, mas, que ainda sim, não se foque puramente no desejo do usuário. O vínculo necessita, assim, interagir com ambos os lados e buscar a realização da melhor conduta cuidadora possível (SANTOS *et al.*, 2008).

É importante, outrossim, um olhar mais amplo para a representação arquetípica de cuidador que usuários como esses carregam e os referenciais de transferência por eles utilizados para a significação de um modelo de relação classicamente autocrático e concentrador de poder na mão do profissional. Por outro lado, na perspectiva contra transferencial, qual seria a representação dos usuários para esses trabalhadores? Quais seriam os referenciais de significação utilizados?

Há uma tendência de cristalização de uma forma específica de significação / representação do outro pelos sujeitos envolvidos na relação terapêutica, o que representa o principal suporte da alienação do trabalho e um grande risco para a percepção das singularidades do cotidiano. Essa tendência, mais ou menos fixa de representação, relaciona-se com modelos da história singular de cada um ou com constrangimentos / coações institucionais e / ou sociais. É preciso enfrentar questões como essas, muitas vezes já consolidadas nos serviços, de forma a não comprometer a real produção de saúde (BENETTON, 2002; CAMPOS, 1998; MALDONADO, CANELLA, 2003).

O estabelecimento de vínculo pode, igualmente, ser relacionado ao alcance de mútua satisfação na relação terapêutica:

Eu gosto! Eu como especialista em saúde pública, isso é legal pra gente... [...] O povo fala que a gente sonha muito... Mas antes, quando eu era só especialista em orto no consultório, só especialista em cirurgia, eu era um profissional mais triste. Hoje, eu sou mais realizada! De ter esse contato e conseguir ainda trabalhar no meu consultório, fazer o que eu fazia! (CD3)

A gente se sente até melhor do que a gente tá sentindo! É a gente sai assim... Mais parece que mais fortificada, mais reanimada... (U5)

Você se sente assim reconhecida do cê saber que cê tá ajudando uma pessoa, igual essa mulher, essa dona mesmo que eu encaminhei hoje,

ela foi lá e passou aqui de novo, pra quê? Pra me agradecer! Porque eu acho assim, você tem que se importar, você tem que gostar do que você faz, então assim num é só trabalhar, chegar aqui cumprir seu horário pra ganhar seu salário no final do mês. [...] Igual cheguei, ela tá com dor, falei não a gente encaminha onde que tiver a gente vai arrumar um jeito de encaixar. Então assim, você vê a satisfação da pessoa, da pessoa voltar te agradecer. (TSB1)

Sempre que vem tá comentando: “Sabe aquela situação? Resolveu!” “Ah, resolveu?!” Então a gente fica feliz por aquela pessoa... [...] Acabou que ela recebeu um tratamento psicológico... Então ela sai satisfeita, entendeu, e criou esse vínculo porque ela vem aqui hoje e fala “Ô [a dentista], aqui é a minha terapia. Quando eu venho aqui!” Eu sei... E ela comentou o caso que eu achei interessante que ela tinha pavor de dentista e que ela só conseguiu se libertar aqui, e eu creio que esse medo dela foi embora porque, a atenção deu ela, àquela atenção daqueles problemas dela, às vezes a solução, porque ela sentiu tão bem que ela esqueceu do trauma, eu creio que a pessoa vem já tem um trauma, então se ocê tenta mudar aquele assunto e dá atenção a um outro assunto deles, eles já saem daquela, da questão do trauma da odontologia...(ASB2)

Assim, ele acaba por se transmutar em objetivo a ser perseguido quando relacionado ao próprio sucesso terapêutico, ao sentimento de mais valia do usuário, à valorização do profissional e, ainda, quando se constitui como coadjuvante na consolidação do projeto de felicidade dos sujeitos envolvidos.

Para Ayres (2007), o projeto de felicidade:

[...] é, no modo como se expressa, uma totalidade compreensiva. Como experiência vivida, o projeto de felicidade é aquilo que move e identifica as pessoas em seu existir concreto. Como dispositivo compreensivo-interpretativo e referência normativa para as práticas de saúde, o projeto de felicidade é o pano de fundo que confere contornos a identidades, valores, vivências dos sujeitos (AYRES, 2007, p.57).

Assim, o autor propõe, para a reconstituição humanizadora das práticas de saúde, sob uma ótica hermenêutica, que os sujeitos responsáveis diretamente pela produção de saúde estejam atentos e mais sensíveis ao êxito de suas ações na prática, ou seja, que norteiem a busca do sucesso técnico de suas intervenções pelos projetos de felicidade dos usuários, àqueles a quem se endereçam as ações de saúde. Por conseguinte, essa busca ativa dos projetos de felicidade daqueles de quem se cuida possibilita potência ao espaço intercessor do encontro terapêutico, além de um processo de (re)construção identitária que envolve mutuamente profissionais e usuários (AYRES, 2007). Campos (1998) destaca também, ao propor a aproximação do trabalhador de saúde ao resultado do seu trabalho – a sua Obra -, que é importante

valorizar o orgulho profissional pelo esforço singular investido em cada caso: a sobrevivência torna-se mais fácil e mais prazerosa quando nos reconhecemos criador de obras dignas de respeito público e admiração (CAMPOS, 1998).

Percebe-se, então, que o vínculo assume, entre os sujeitos envolvidos no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal, papéis relevantes que o fazem, simultaneamente, ponto de partida, guia condutor do processo terapêutico e, por fim, objetivo almejado, dado o potencial terapêutico a ele inerente. Mas outras noções também foram associadas ao vínculo profissional / usuário, noções essas que o qualificam como eivado de valoração positiva, na maioria das vezes, e de uma complexidade que, se demasiado utópica, pode comprometer a sua efetivação.

4.1.2 Complexidade (in)alcançável: o vínculo como encontro virtuoso (ou nem sempre)

Subjetividade, respeito, empatia, confiança, receptividade... Aqui o vínculo é retratado em suas várias facetas complexas como um encontro tido, na maioria das vezes, como rico e valoroso.

Tem que ter um vínculo ético, tem que ter um vínculo de respeito, de transparência, tem que ter um vínculo profissional, tanto dentro da equipe quanto profissional-paciente e toda a unidade de saúde. (CD2)

Essa questão de vínculo é tão subjetiva! (CD1)

Tamanha complexidade, porém, pode revelar certa idealização, que, quase sempre de maneira prescritiva, é reforçada pelo discurso dos próprios documentos legais que preconizam o *estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população* (BRASIL, 1997, p.7-8) como necessidade. Isso pode colocar em cheque a própria genuinidade de expressão do conceito e a crença na verdadeira capacidade de consolidação ou não desse vínculo no cotidiano terapêutico.

Outras afirmações de documentos legais, mais atuais, reforçam tal assertiva:

A Política de Humanização tem compreendido [...] que a atenção básica é espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. Isto porque, de um lado, favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema / equipes e usuários / redes sociais, sem a qual a ação clínica corre o risco de ser corrompida por tecnologias medicalizantes, as quais ao invés de reconstruir ratificam posição subalterna da atenção básica no sistema de saúde e na cultura sanitária na nação; de outro lado, exatamente esta vinculação com corresponsabilização é que permite a organização de cuidado em rede, pois o vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força-motriz para o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território, permitindo avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações. (BRASIL, 2010, p.7, grifo nosso)

Para a prática de uma Clínica Ampliada, é imprescindível a criação de vínculos entre usuários, famílias e comunidade com a equipe local de saúde e com alguns profissionais que lhe sirvam de apoio e de referência técnica. Esta construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. (BRASIL, 2009, p.15-16, grifo nosso)

A confiança mútua ou unilateral aparece associada ao vínculo terapêutico:

Quando você gera vínculo... É um vínculo, eu creio que isso é confiança, eu olho isso como confiança. É você confiar no profissional que você tá ali sendo atendido né, e eles também ter essa confiança com a gente que é profissional, o vínculo seria esse vínculo. [...] Isso, porque eu tenho que ter confiança no paciente para ele tá satisfeito, com meu trabalho e ele tem também que tá confiante no meu trabalho, pra ele pode retornar e tá indicando outros. (ASB2)

[...] e o serviço que elas fazem é garantido! [...]É garantido! A gente confia no trabalho delas. (U5)

Tal confiança manifesta-se como crença bilateral na capacidade técnica do profissional, na qualidade / garantia do serviço por ele ofertado e, ainda, na satisfação do usuário que pode, inclusive, render indicações a outros usuários.

Nesse sentido, para a existência do vínculo positivo, os usuários precisam dotar-se da crença de que a equipe de saúde tem alguma potência, alguma capacidade de solucionar os problemas de saúde da população (CAMPOS, 2003). Todavia, ressalta-se que essa confiança na capacidade técnica é só um dos componentes da equação complexa da produção do cuidado em saúde. Isso porque a famosa crise propalada do setor saúde centra-se, geralmente, não na queixa do usuário sobre a falta de conhecimento tecnológico no atendimento recebido, mas sobre a falta de interesse e responsabilização dos diversos serviços em torno de si e do seu problema (MERHY, 2004).

Ao mesmo tempo, o vínculo mostra-se associado ao livre acesso, à abertura do profissional para o usuário:

Eu acho que é muita procura, é... Dos usuários em relação à odontologia. O vínculo em relação à abertura que eu tô dando... De deixar o usuário mais receptivo, de dar oportunidade dele vir, chegar ali na porta e falar o que tá acontecendo, de contar história, pedir opinião, pedir pra eu vim ver. (CD3)

Ah, um bom atendimento, você falar com o dentista e ele te dá atenção, se você fizer uma pergunta ele te responder! Com vontade! Te responder mesmo, não fingir que respondeu e passar por cima. (U6)

Eu acho que por eles terem liberdade mais pra conversar, entendeu, assim... (TSB1)

É bom, porque ela faz as pergunta e a gente fica livre pra responder de acordo com a pergunta dela, é bem natural. [...] É bem natural. Bem próximo, ela trata a gente de um jeito que a gente consegue ficar bem próximo dela. (U3)

Ela chegou aqui, a gente atendeu ela tão bem, ela falou da vida pessoal dela, a [a dentista] também um pouquinho, também desabafou ali pra ela, que ela tava triste, então ela falou que a gente passa por isso, eu acho engraçado a [a dentista] porque ela comenta, às vezes, dos problemas que ela passou e venceu, então ela passa para o paciente isso. Ela: “Ô gente, eu também já tive esse problema e eu venci. Confia em Deus que você vai vencer.” Eu acho que ali a paciente já sai como se ela foi uma heroína, ela me deu aquele ânimo, então ele já sai daqui animado e pensa! (ASB2)

Essa liberdade de acesso traduz-se em receptividade e criação de oportunidades para materialização do diálogo, uma abertura para o mundo do outro que pode até incluir a troca de experiências entre profissional e usuário. A receptividade, contudo, precisa se mostrar como sincera e natural, sob pena de ser considerada um simulacro, isto é, a representação de um pretense interesse ou prazer na abertura e manutenção do canal de comunicação pelo profissional.

O diálogo é um elemento central e de inestimável relevância para qualquer proposta (re)construtiva de serviços de saúde. Não se trata, entretanto, do diálogo instrumental, como aponta Ayres (2007, p.58): “[...] não nos referimos aqui ao diálogo como mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, forma de produzir uma narrativa estruturada segundo esse interesse, que é o modelo típico da anamnese clássica.” Para esse autor, o diálogo assume o sentido poderoso, sob a ótica hermenêutica, de “fusão de horizontes”, conforme proposto por Hans-Georg Gadamer em *Verdade e método*:

traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Ele seria, então, gerador de familiarização, de compartilhamentos e de apropriação mútua do que era desconhecido no outro, até o momento, ou superficialmente conhecido. É escuta atenta, interessada e desarmada frente à alteridade do outro. Assim, não basta provocar a fala do outro apenas em relação ao que eu, profissional de saúde, acho relevante. Torna-se necessário ouvir também o outro, deixar claro que é indispensável que os dois envolvidos no encontro terapêutico saibam. Por consequência, se permitirá a aproximação das racionalidades tanto práticas quanto instrumentais de que se vai precisar dispor para realizar o cuidado (AYRES, 2007).

De maneira análoga, a cordialidade e a gentileza mostram-se como características do vínculo terapêutico.

Ah é muito bom, fia! Porque elas são umas menina muito bacana, muito educadas, trata a gente muito bem. [...] Bem! Porque elas tratam a gente como se diz com aquele carinho [...]. (U5)

Porque às vezes pela experiência que eu tenho, eu vejo que o paciente não tá nem com tanta dor de dente, eles não tão nem... Às vezes eles querem chegar aqui, eles querem ser bem recebidos, sabe? Eles querem ser acolhidos. Às vezes só de você tratar ele bem, falar "Você espera um pouco, por favor, por que ela já vai te atender", chegar aqui dentro também e a dentista falar "Olha isso é assim, assim, assim, vou te passar o medicamento, você vai melhorar" você já vê que as coisas mudam. (TSB2)

Eu pra mim é uma excelente, elas são muito excelente. Pra mim, elas ajudam muito, além de ser... Pra gente aqui elas acaba sendo amiga! [...] Ah, eu assim pra mim, a gente chega, a gente brinca e conversa uma com as outras então assim... É um vínculo assim de familiar... Se tornou familiar pelo fato da gente tá vindo, né, elas acompanhando a gente, né, então... [...] Ah... Uma pessoa próxima? Uma pessoa próxima, uma pessoa que pelo fato de estar cuidando da gente ela se torna uma pessoa próximo da gente. (U8)

Porque tem umas pessoas que a gente vem, eles só conhece a gente ali, dentro do consultório, passa na rua faz de conta que nem vê. Elas não, onde que tá se a gente nem vê elas grita, vê como é que tá, parece assim sabe, parece que a gente é tipo uma família. [...] É a coisa mais engraçada. A coisa mais engraçada. (U2)

Ah, eu acho que um bom relacionamento entre a gente e o usuário, porque eu acho que a gente tem que tratar o paciente da melhor forma possível como se fosse a mãe ou o pai da gente. (CD4)

Gentileza e cordialidade, essas que se manifestam no bem lidar com, no receber com carinho e no acolher o usuário. Essa pode ser até a chave, na verdade,

para alcançar um novo patamar nessa relação. A proximidade e o bem-estar produzidos no encontro e no se sentir cuidado podem ser tamanhos a ponto de se converterem em laços de amizade e, até mesmo, em vínculos afetivos similares aos laços de família.

De forma similar ao expresso pelos sujeitos da pesquisa, Santos e Assis (2006), em um estudo sobre fragmentação / integralidade nas práticas de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas/BA, perceberam que ali também havia um *propósito de resgate da relação trabalhador-usuário, a fim de horizontalizar saberes, estreitar laços, consolidar afetos e estabelecer vínculo* (SANTOS; ASSIS, 2006, p.59). Essa relação proposta ia além do prescrito, com vias a buscar o entrelaçamento das relações e dos afetos entre os trabalhadores de saúde e os usuários (SANTOS; ASSIS, 2006).

Uma extrapolação da relação transferencial, na perspectiva psicanalítica, permite-nos dizer que quando nos vinculamos a alguém ou a alguma instituição (uma equipe de saúde, por exemplo) costumamos transferir afetos para essas pessoas ou instituições. Afetos são sentimentos muitas vezes fictícios, apostas que fazemos com base na história pessoal de cada um e na imagem produzida pelo trabalhador de saúde ou pelo serviço. Esses afetos podem cooperar ou não – na dependência de serem positivos ou negativos – para a eficácia do cuidado prestado no sentido de servirem de apoio para o outro, num momento de travessia complexa, seja o trabalhador ou o próprio usuário, já que a transferência de afetos é bilateral (CAMPOS, 2003).

Outras nuances expressas para o vínculo revelam-se:

Igual eu falo com as meninas assim é uma coisa que eu gosto, eu me preocupo com as pessoas, sabe? (TSB1)

Ah eu acho que assim: é o atendimento ao ser humano mesmo. Atender o ser humano, saber as necessidades dele, ver o que ele precisa, eu acho que eu penso muito neles, às vezes eu chego a desejar tão pouco de pessoas, ligar pouco pro profissional. (ASB2)

Não tem jeito, a pessoa tá sentindo dor uai, tem que ver! Tentar ajudar a pessoa. Às vezes não é nada, só uma sensibilidade, mas a gente tenta... Pelo menos dar um apoio para eles... (ASB1)

Então eu acho que tem que tratar deles com maior amor do mundo porque é um ser humano, então a gente tem que acolher ele da melhor forma possível, de forma humanizada porque ele vem aqui seja com uma cárie pequenininha, mas pra ele é um problema grande, porque é dele, então a gente tem que abraçar a causa dele. (CD4)

Assim afeto, empatia e alteridade parecem manifestar-se ultrapassando os limites da obrigação funcional, de maneira a tornar a preocupação com o outro um dever que gera, inclusive, satisfação pessoal. Materializar-se-ia, assim, a humanização no serviço e a capacidade cuidadora como ética própria do ser humano. A empatia e a alteridade são, na verdade, posturas complementares entre si que instrumentalizam o profissional de saúde para acolher o outro sem deixar de garantir a sua própria humanização.

Tais noções sintonizam-se com as ideias de Merhy (2004): *criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sentimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal* (MERHY, 2004, p.138). Considera-se aí que a expressão do afeto tomada como único arsenal para o encontro com o outro pode trazer consequências deletérias, visto que traz em seu bojo possibilidades emocionais várias, carecendo, assim, de se aliar à compreensão e à responsabilidade ética (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES SILVA, 2009). Por consequência:

a compreensão dos afetos alheios deve-se, então, à empatia do profissional, cujo desenvolvimento demanda autoconhecimento e a capacidade de identificar as manifestações verbais ou não verbais, explícitas ou contraditórias, do sofrimento de outrem. Ainda assim, essas manifestações de afeto não seriam inconfundíveis ou exclusivas, pois sempre acabam por serem moduladas culturalmente. A alteridade abre, então, possibilidades de enfrentamento das situações do cotidiano dos serviços de saúde, acolhendo o outro como sujeito em seu sofrimento, em lugar de constituir-se em torno da doença como objeto. Ao mesmo tempo, o profissional tem condições de construir seu trabalho a partir da alteridade, evitando ser etnocêntrico na perspectiva biomédica e preservando sua saúde mental, de modo a responsabilizar-se por seus esforços em conjunto com o outro, sem sofrer por inevitáveis insucessos decorrentes daquilo que não domina, os quais podem sempre ser encarados como oportunidades de aprendizagem. Tais oportunidades são enriquecidas quando se assume o distanciamento proposto pela alteridade em relação à realidade dos serviços de saúde, estranhando-a de modo a produzir mudanças, e superando a naturalização das situações que promovem o sofrimento

do trabalhador e sua alienação. (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES SILVA, 2009, p.311).

Contudo, fugindo à conotação valorosa até então apontada, o vínculo profissional / usuário pode, por vezes, ocasionar transtornos e se mostrar inconveniente:

Ah, eu acho um pouco, tá sendo um pouco meio... Porque é chato. Porque ocê tá no meio da rua, aí você vai no supermercado, todo supermercado, vai no supermercado aí a pessoa fica perguntando, "ah dentista, ah meu dente tá assim, assim, assado, e comê que eu faço, e tal", aí eu falo assim: "não, pode ir lá no posto que eu te atendo" aí as vezes, eu não posso dar uma má resposta pra pessoa também... Aí a pessoa falar "que menina chata, que é ignorante e tal" mas eu não dou má resposta eu falo que pode ir lá no posto que eu tento resolver pra ele e explico às vezes mais ou menos. [...] Então aí, às vezes eu tento ajudar, mas as vezes é meio chato, igual por exemplo eu participo na igreja na... Daqui do bairro mesmo. Aí participo da igreja, do canto, do catequese, aí às vezes até os menino pergunta: "ô tia, o meu dentista, o meu dentista, tão precisando me chamar e tal" [risos] Entendeu?! (ASB1)

Às vezes eu preciso ligar do meu celular, depois já eles já tem até meu número, aí liga, fim de semana, se eu tô no Face [Facebook] eles fica perguntando se tem dentista, tá com uma dor quê que pode fazer, às vezes acha que eu sou dentista, sabe?! (TSB1)

Situações dessa natureza podem acontecer quando os limites da relação terapêutica não são vistos com clareza e quando não se consegue dissociar a figura pessoal da figura do profissional. O usuário dificilmente diferenciará o vínculo terapêutico de outros vínculos afetivos e, na presença do profissional na comunidade ou no seu círculo comum de convivência, certamente tentará acessá-lo por tê-lo como referência para o cuidado em saúde. Parte daí a necessidade de o próprio trabalhador estabelecer alguns limites e regras, de modo a não violar a sua própria intimidade. Como em qualquer encontro entre sujeitos e estabelecimento de um relacionamento, o vínculo entre profissional / usuário envolve riscos e carece de pactuações internas e de delimitações.

A situação pode agravar-se quando o equívoco caminha para a transferência do vínculo terapêutico a partir do desejo de se estabelecer um vínculo de outra natureza. Durante um dos últimos períodos de observação em uma UBS, uma das profissionais cirurgiã dentista relatou que estava sofrendo perseguição por parte de um dos usuários após ter concluído o seu tratamento. O referido usuário, que

residia em imóvel vizinho à UBS, começou a aguardar a profissional na entrada da Unidade, próximo ao horário de término do turno de trabalho, ficando agressivo caso ela se atrasasse. Idas frequentes e sem motivo aparente ao consultório e abordagens impróprias durante o turno de trabalho tornaram-se usuais. Após um episódio de esvaziamento de pneus e tentativa de dano ao farol do veículo da trabalhadora, presenciado por um dos funcionários da UBS, a profissional acionou a Coordenação de Saúde Bucal e o Conselho Municipal de Saúde para as providências cabíveis (NO₁₀).

Finalmente, foi possível perceber que a noção de vínculo terapêutico expressa pelos sujeitos envolvidos é polissêmica, complexa e altamente desejável para o alcance do êxito no cuidado ofertado, ou mesmo para a satisfação pessoal aos envolvidos. Exige, contudo, a definição de limites internos próprios, de forma a se evitarem transtornos. Nesse sentido, faz-se importante compreender também em que condições o vínculo concretiza-se e o que poderia influenciá-lo, aspectos esses que representam a proposta da categoria seguinte.

4.2 O vínculo no trabalho cotidiano e o trabalho cotidiano no vínculo: condicionantes e determinantes

Foi possível identificar no trabalho cotidiano das equipes alguns elementos que parecem agir como auxiliares ou complicadores da efetivação do vínculo profissional / usuário.

Ressalta-se que a presença ou a ausência desses elementos não pode nem deve ser decisivo para a concretização do vínculo, visto que se trata de um encontro, uma conquista, um acontecimento que não é imediato, nem pode ser prescrito ou programado (COELHO; JORGE, 2009; MERHY, 2004).

4.2.1 Um olhar por sobre a unicidade do profissional

A singularidade do profissional parece desempenhar um papel importante na questão do vínculo:

Pareço suspeita pra falar porque quando a [a dentista] entrou, que é a nossa dentista de referência, ela fez toda a diferença na equipe, então assim, além de como pessoa muito fácil de conviver, vamos dizer assim, é tudo que eu preciso dela sabe, os pacientes, então ela é ótima profissional A [a ASB] também, ela tem muita disponibilidade pra atender o usuário, muito competente também. Então, assim... [...] Esse dentista ele é muito importante, depois que a [a dentista] entrou, assim, é antes e depois dela, sabe. Antes e depois do dentista, lógico que não é qualquer dentista também não! (ENF2)

Se for uma coisa mais grave, igual minha outra menina teve uma queda, ela olhou na hora pra mim, que ela teve a queda, eu trouxe ela, ela olhou pra mim na hora, que era mais urgente. Agora, quando não é uma coisa tão urgente, aí a gente procura e eles dão o encaminhamento. [...] Ela é muito atenciosa, ela olha o problema e resolve! (U3)

O relacionamento aqui até antes da [a dentista] entrar como dentista, que deve ter uma ano já... Que ela já tirou férias... Era meio afastado, muita coisa acontecia a gente não sabia, como que era pra agendar consulta, aí depois que ela entrou ela aproximou mais ela e a [a ASB]! (ENF3)

Tal singularidade expressa-se como uma alternância, por vezes uma combinação entre “perfil”, formação, capacidade resolutiva, além de posturas “ideais” que, como exposto nos relatos, fazem toda a diferença.

Em duas das unidades estudadas, a percepção foi de que essa unicidade do profissional parecia ter transformado positivamente o trabalho da equipe como um todo. Alguns usuários e profissionais da equipe de saúde, dentre eles, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), auxiliares de serviços gerais, técnicos de enfermagem e enfermeiros frisaram, em comparação com profissionais que atuaram na equipe de saúde bucal em períodos anteriores, as mudanças significativas operadas no cotidiano da equipe e no relacionamento junto aos pacientes após a entrada e a permanência dos profissionais alocados atualmente (NO_{1,2,8,10}).

Nesse sentido, o sonho taylorista de um trabalho desencarnado do campo da vida do profissional, mecanizado e objetivado cai por terra ao se observar em uma análise, mesmo que superficial, o trabalho e, principalmente, o trabalho em saúde: executado por pessoas reais, em face de situações reais e eivado de imprevisibilidade

(LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007). É preciso reconhecer que o espaço intercessor em que se produz saúde é o lugar em que também se realizam a intersubjetividade e os desejos que estruturam as ações dos sujeitos usuário e trabalhador de saúde, individual e coletivo (MERHY; FRANCO, 2005). As tarefas do cuidado em saúde ao serem realizadas tornam-se viáveis em face de um ambiente técnico sim, mas também de um ambiente histórico e um ambiente humano. E é nesse intermédio que as atividades ultrapassam as meras tarefas, que, por sua vez, ultrapassam as normatizações e o prescrito para, no vazio deixado entre esses últimos, convocar cada trabalhador para um novo fazer, uma nova renormalização. Mas cada um responderá a esses vazios, a essas lacunas, de maneira singular, de acordo com sua história e com seus valores. (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007).

Outros fragmentos de fala corroboram, também, a especificidade dessa singularidade:

Eu trabalhei com um dentista uma vez, que ele tem muita dificuldade para relacionar, porque ele grita muito, ele não gosta muito de atender os pacientes. Ele só atende se tiver oito agendados, se tiver um a mais ele não atende e ele grita muito, os pacientes não gostavam dele de jeito nenhum, porque ele grita o tempo todo! Então, ele continua na rede ainda e ele tem essas dificuldades, por que a gente não consegue marcar pacientes pra ele, nem consegue chegar até ele, apesar de ser um excelente profissional, porque ele é um excelente profissional. [...] Nossa, ele é perfeito no que ele faz, só que pra relacionar com o paciente, não tem como, não tem jeito. (TSB2)

Eu já tive outros casos que teve o relacionamento pessoal bom, mas o profissional não era sabe, então assim não é só o pessoal que conta, conta o profissional, porque eu observo muito isso reclamação do usuário, as vezes ele é atendido... [...] E assim, ele é atendido e eu vejo ele voltando várias vezes que não foi selecionado, tinha caso assim que eu tinha relacionamento pessoal antes de área, né?! Buscar nome, convívio bacana também, com pessoa ótima, pessoa, mas o cliente não sair satisfeito. E aí faz toda a diferença, tratavam o paciente muito bem também, mas não tinha aquele, não resolvia, né?! [...] Bate e volta, bate e volta e nunca... (ENF2)

Pode-se notar, pois, que não se trata isoladamente de capacidade técnica / resolutividade ou habilidade relacional, visto que a ausência de uma combinação singular traz, na verdade, prejuízos ao cuidado em saúde esperado.

Dentro dessa combinação particular, a formação específica em saúde pública é apontada por um profissional de enfermagem como fator facilitador para a efetivação do vínculo:

Os pacientes adoram ela, muito boa, muito boa no que faz, carinhosa assim, e além disso tem uma formação muito boa, e é formada em saúde pública, isso ajuda pra caramba... [...]. (ENF2)

Tal particularidade talvez seja capaz de instrumentalizar o profissional e torná-lo mais sensível às nuances do trabalho cotidiano no SUS.

Profissionais de perfil e postura “ideais” são, ainda, descritos nos discursos seguintes:

Olha, os pacientes aqui são apaixonados com a [a dentista], porque ela é muito tranqüila. Eu não tenho ninguém que chegue aqui que volte pra trás sem ser atendido. Então ela tem isso com ela, ela fala que não dorme a noite se ela não atender o paciente, então todo mundo que chega é acolhido, muito bem acolhido, tanto por ela, quanto pela [a ASB] também. [...] Então eu vejo que elas têm muita facilidade, muita... E os pacientes gostam demais delas. (TSB2)

Muito bem. Porque a... Aliás, essa também, muito boa pessoa, trata a gente muito bem [a TSB]. A outra também [a dentista] que eu ranquei meus dente tudo com ela, às vezes eu ficava nervosa, aí ela me acalmava, "calma, Dona H... Precisa ter medo não, fica calminha que num vai doer não." Aplicava anestesia daí ficava bom... [...] Todas as vezes que eu vim eu fui bem recebida né, me tratou bem. Tanto faz, com meu marido também teve maior paciência com ele, por causa que ele sofreu o derrame, teve a maior paciência com ele, ajudou ele muito, conversou muito com ele, mandou olhar a pressão dele pra ver se tava boa, depois que né, arrancou os dente dele. (U1)

Entender, tipo assim... Que quando o ser humano vier, que a gente tão precisando o quê? Agradar a eles, porque eles estão com problema de saúde, eles estão vindo buscar saúde, então vamos olhar para eles que eles estão em busca de socorro, se a gente não puder ajudar, gente, vão deixar uma palavra! [...] Porque às vezes aquele processo de ter agenda é tão negativo, ele sai tão frustrado... Mas dá uma palavra abençoada pra ele sair, entendeu, se não quiser falar bíblico eu falo assim, mas dá uma palavra tipo assim: "Mas sei que Deus abençoa, eu sei que você vai ter sorte, nós vamos tá torcendo pra chegar sua vez..." [...] Porque você chega e transmite isso, entendeu?! (ASB2)

Eu me senti muito bem. As moças muito educada... Muito... Bacana. Eu gostei. [...]. Eu sempre fui bem atendida. [...] As dentistas muito educada, elas me tratam muito bem, tudo. (U7)

Bem, graças a Deus! O pessoal daqui recebe a gente muito bem, conversa com a gente, quando a gente num entende alguma coisa, se

perguntar, responde, alegre todo mundo, num tem ninguém com cara feia pra gente, não responde a gente mal! (U2)

A representação externada pelos sujeitos da pesquisa inclui ser comunicativo, afetuoso, paciente, empático, além de receptivo ao usuário e ao seu problema. Relatos dessa natureza, somados às observações realizadas junto às equipes, levaram-me a inferir o quão pouco palpáveis ainda são os processos seletivos, os concursos e os demais modos de seleção de profissionais para filtrar esse trabalhador de “perfil e postura ideais”. Como avançar nesse sentido?

Se formos além e pensarmos naqueles que já estão no serviço, é possível encontrar nos questionamentos de Campos (1998) eco aos meus próprios: haveria um sistema gerencial forte o suficiente para compensar a ausência no profissional do princípio de defesa da vida dos indivíduos e da coletividade sob sua responsabilidade? Existiria algum controle capaz de substituir a vontade e o ímpeto de cuidar nos trabalhadores de saúde? Haveria retorno monetário potente o suficiente para “comprar” responsabilidade, empenho e criatividade dos agentes sanitários? O referido autor defende em seu trabalho a tese de que não haverá resolução para a questão crítica dos recursos humanos da área da saúde sem o enfrentamento do padrão de subjetividade do profissional e das práticas hoje descompromissadas com a produção de saúde. A defesa da vida precisa constituir-se em componente obrigatório no campo de responsabilidades e pré-requisitos de qualquer profissional de saúde, de forma a enfrentar a degradação moral que faceamos. Há necessidade, ainda, de forma retirar a referida discussão do campo exclusivamente ético e moral, a invenção / utilização de novos dispositivos institucionais – como o vínculo, a gestão colegiada, o contrato de gestão, etc. – e de novas formas de se supervisionar e avaliar o trabalho em saúde. Refere-se, aqui, a dispositivos concretos capazes de reforçar a construção de um novo tipo de compromisso entre técnicos e produção do cuidado em saúde, algo como uma combinação entre autonomia profissional e responsabilidade (CAMPOS, 1998, 2005, CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Ainda na temática, ser e estar satisfeito / realizado com a própria escolha profissional e seus significados também se somariam a esse “perfil ideal”:

Nossa eu amo! Quando eu escolhi essa profissão, que eu cheguei nela pra mim era maravilhoso! Gosto demais, eu falo que eu me realizo na minha profissão! (ASB2)

É uma área que eu tô amando trabalhar mesmo ... [...] Então assim depois que eu comecei a fazer estágio eu peguei amor, gosto, gosto assim de lidar com as pessoas, por eu já ter trabalhado esse tempo todo. Então assim, tem um vínculo muito grande, igual com os agentes aqui mesmo, então assim é um trabalho super legal mesmo, o que eles precisa de mim, o que eu preciso deles é na hora, então assim tá tranquilo mesmo, é uma área que eu tô amando trabalhar! (TSB2)

Ah... É, por exemplo, eu gosto muito dessa área que eu tô! (ASB1)

Nossa eu amo demais essa saúde pública, minha filha, eu fico... [silêncio] Ah, é muito bom! (CD4)

“O que você é?” “O que você faz da vida?” Nossa resposta estará fatalmente ligada à nossa profissão e à atividade laboral. Esses questionamentos banais e tão comuns no nosso cotidiano expressam, por si só, a centralidade concedida ao trabalho no contexto da vida em sociedade.

A teoria psicodinâmica do trabalho dejouriana aponta que a atividade profissional não representa, de forma alguma, puramente um modo de ganhar a vida: é também um meio de inserção social em que os aspectos psíquicos estão fortemente implicados. Assim, o trabalho pode ser origem de envelhecimento, deterioração e adoecimento, mas, também, se constituir fonte de equilíbrio, desenvolvimento e prazer. Essa última hipótese relaciona-se a um trabalho que possibilite a cada indivíduo aliar o desejo de executar a tarefa às suas necessidades físicas (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993). Sentimentos de sofrimento e prazer no trabalho são determinados, basicamente, pela lógica estabelecida entre a história de vida do sujeito e a organização do trabalho, ou seja, seu significado de vida no trabalho e na vida privada (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Considerar, portanto, a intersubjetividade e a história singular do profissional e a inter-relação desses fatores com o trabalho em saúde que podem gerar, dialeticamente, sofrimento e/ou prazer, é fundamental para a busca incessante e para a implantação de alternativas transformadoras que almejem melhorar a qualidade de vida no trabalho e, por conseguinte, criar um ambiente favorável para que o cuidado em saúde e a defesa da vida efetivem-se nos serviços.

Outro facilitador do vínculo terapêutico seria o fato de o trabalhador residir na própria comunidade:

Ah, facilita demais, muito bom. Porque aí você conhece... Ah aquela pessoa, vão marcar ela, ela mora em tal lugar, então mais fácil de eu comunicar com ela é... muito legal. [...] É, porque aí você tá num bairro, igual eu tava antes no [outra UBS do município], não conhecia ninguém, fica meio tipo perdida, porque quem que é quem, às vezes chega muita gente, você não conhece de rosto, às vezes você conhece o nome mais não conhece o rosto... [...] Aí às vezes aqui eu passei a conhecer mais gente, igual eu trabalhava fora, eu não conhecia ninguém, agora eu conheço muita, muita gente eu conheço. (ASB1)

Ah, é ótimo. É ótimo mesmo! Por eu ser moradora daqui também, eu acho assim que fica um vínculo maior ainda! (TSB2)

A [ASB] tá sempre receptiva, tudo mundo que... Ela já mora no bairro, ela já sabe mais informações sobre os usuários, os usuários também com ela, param, perguntam... (CD3)

Essa condição é explorada com êxito no perfil dos ACS na ESF. Esse profissional representa um pilar da construção do vínculo da equipe com a comunidade, primariamente por ser um ator que se encontra inserido na mesma realidade. Ademais, o ACS é considerado, muitas vezes, um ponto de apoio que permite ao usuários maior abertura e, indiretamente, estabelecimento de vínculo com a equipe.

Tal relação facilita a adesão à ESF e o acesso da equipe com a mediação do ACS, envolvido na produção de saúde no território e capaz de reconhecer as singularidades dos usuários e os seus problemas de saúde de forma a desenvolver estratégias diferenciadas de atenção (VIEGAS; PENNA, 2012).

De forma similar, a inserção de um trabalhador da equipe de saúde bucal na comunidade possibilita que o usuário reconheça-o como um par. Isso transpõe os limites institucionais, auxiliando na efetivação do vínculo e abrindo espaço para ações e abordagens diferenciadas.

A unicidade e as particularidades relacionadas ao profissional inserido na equipe de saúde bucal desempenham, por conseguinte, papel de relevância na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento do vínculo terapêutico. Da mesma forma, a interface e a atuação da equipe de saúde bucal junto ao restante da

equipe de saúde foram colocados em relevo, o que nos conduz à próxima subcategoria.

4.2.2 Equipes de saúde bucal: anexos ou parte integrante das equipes de saúde? Protagonistas ou coadjuvantes?

Os sujeitos da pesquisa manifestaram-se sobre a inter-relação das equipes de saúde bucal com a equipe de saúde e os avanços até então alcançados:

Olha, já foi muito pior. Já foi muito distante. Hoje em dia a gente tem uma proximidade muito boa, a gente consegue trabalhar. (CD1)

Tem, a equipe é muito boa. E agora nós tão interagindo com eles mais né? Porque antes nós ficava no nosso cantinho e eles lá no cantinho deles... (ASB1)

Então, eu acho que o trabalho aqui no [nome da unidade] funciona muito bem. Muito bem, eles entenderam que a odontologia faz parte da equipe de PSF. Aqui eu consegui ver a diferença. (TSB2)

Aqui não porque a gente tem uma comunicação muito boa. Porque sempre a odonto tem aquela entre aspas assim, que ela é excluída da equipe de saúde da família... [...] Mas não a gente tem uma interação muito boa com elas, aí, não tem essa... [...] A equipe aqui é tão assim unida, unida, unida mesmo que a gente se sente totalmente integrado, então assim a gente fica até meio assim boquiaberta de tanto que o relacionamento entre a gente é bom, a referência e contra referência. (CD4)

Os progressos já alcançados não deixam de ser reconhecidos e percebidos pelos envolvidos, sob o prisma do passado do próprio serviço, do histórico da inserção da saúde bucal no serviço público e, ainda, tardiamente na ESF. Entretanto, a integração das equipes de saúde bucal com as equipes de saúde parece ser incompleta e irregular, conforme poderemos acompanhar no decorrer da análise dos dados.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” propõe, como dois dos princípios norteadores do processo de trabalho da equipe de saúde bucal na APS, a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, o que significa que:

a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A

troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004a, p.6).

A multiprofissionalidade e, principalmente, a interdisciplinaridade, como almeçadas, até então são parcial realidade nas práticas predominantes na ESF, com ou sem equipe de saúde bucal. Aparentemente, a presença das equipes de saúde bucal parecem agudizar as contradições já existentes entre médicos, enfermeiros, demais profissionais de nível superior e trabalhadores de nível médio. Os profissionais, na maioria das vezes, têm dificuldade de ir além da noção de equipe-agrupamento, que possibilitaria avançar para o conceito de equipe-integração, ocorrendo, ainda, aposição de ações fragmentadas ao invés de trocas efetivas de saberes no cuidado ao usuário. Os obstáculos para alcançar a interdisciplinaridade parecem ser maiores entre a equipe de saúde bucal e o restante da equipe, visto que a odontologia, como prática, caminhou historicamente para uma visão reduzida ao seu objeto de trabalho, a boca, o que a torna diferente e alheia ao restante das profissões da saúde. Além disso, a prática autônoma, individualista e tradicionalmente liberal do cirurgião-dentista, cujo cotidiano de trabalho enfatiza quase exclusivamente a realização de procedimentos, torna-o planejador e executor de suas atividades sem a interferência, mesmo que normativa, do restante da equipe de saúde (FARIAS; SAMPAIO, 2010; MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008, PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007).

No caso em estudo, percebeu-se que esses obstáculos têm sido aos poucos problematizados e enfrentados em um duplo movimento: de um lado, a equipe de saúde procura incluir a equipe de saúde bucal e os seus saberes e, do outro, a equipe de saúde bucal realoca a boca no sujeito, revê o seu processo de trabalho e se integra à equipe de saúde. O norte seria a interdisciplinaridade e a busca é pela integração de saberes, pela co-responsabilização, pelo cuidado e pelo vínculo com o usuário e a sua família.

Tem o programa de puericultura que eu trabalho diretamente com o enfermeiro, então a marcação de puericultura, todas as crianças de 0 a 3 anos passam pela odontologia aqui nessa unidade, acho que é uma das poucas que funciona isso, no município que tem odontopediatra. Então o enfermeiro faz isso pra gente, é ele que passa a marcação

inicial, além de demanda espontânea passando todo mundo. A gente tem um contato bom com os agentes... [...] A equipe... Aqui é bem inserido, mas isso tem quatro anos que a gente tá trabalhando pra conseguir essa inserção! (CD1)

Tem as visitas domiciliares que elas fazem também... É... Tem a atividade em grupo do Hiperdia, palestras né, que tem na unidade, de gestantes, aí elas participam também... [...] Tem, trabalha com grupo operativo... [...] Sim, a puericultura a criança veio na primeira consulta a gente já encaminha, já começa a puericultura da criança odontológica também. É... Gestante primeira consulta, já encaminha, já faz avaliação. (ENF3)

Aqui é feito trabalho de prevenção. A gente tava fazendo palestras pra adultos e junto com o dia de... outro tipo de trabalho da enfermagem, então aproveitava aquele momento da demanda do grupo operativo, seja gestante, seja diabético e hipertenso, então... As visitas domiciliares também são feitas em equipe... [...] Sempre. A técnica também vai com os agentes, a TSB vai... Então nós fazemos também visitas domiciliares. Tá tudo inserido. A gente consegue trabalhar muito bem com a enfermagem aqui no posto. Puericultura também funciona muito bem com a [a outra dentista], ela tem uma dedicação com da puericultura, pra puericultura, feito um trabalho junto com a enfermagem, é... Trabalho sistemático, né?! Com agendamentos periódicos, retorno do paciente. Então, trabalha-se assim muito bem, a enfermagem com a odontologia, a parte médica também a gente consegue fazer. (CD2)

Não só gestante, mas quando ela [a enfermeira] olha alguém que reclama lá que tá indo no médico porque tá com problema de saúde, quando vai ver: “Ah, é aqui na boca, deu uma bolha...” Aí ela vira e fala: “Isso aí é questão com a dentista!” Então ela já encaminha e pede. [...] Existe esse contato quando tá tendo palestra geralmente ela convida eu ou a [a dentista]: “Eu tô dando palestra lá pra gestante. Você quer dar lá da saúde bucal?” Aí a [a dentista] vai e prepara. Aí ela fala... Vamos supor... “O médico vai renovar a receita dos diabéticos. Você quer ir lá e dar a palestra de saúde bucal até ele, né, ir olhando a validades das receitas?” Que ele recolhe a receita e o pessoal fica esperando, então durante o tempo que aquele pessoal tá esperando a [a dentista] dá a palestra da saúde bucal e ele se organiza ali, né, e vai chamando o pessoal. (ASB2)

As ações partilhadas no trabalho cotidiano das três equipes estudadas incluem a puericultura, o acompanhamento das gestantes, os grupos operativos de gestantes, diabéticos e hipertensos, as visitas domiciliares, além das reuniões de equipe e de controle social (NO_{2,3,5,9,10}) Ademais, existe um fluxo de mão dupla pactuado para o encaminhamento de demanda espontânea e programada detectada durante o acolhimento na UBS e dentro do atendimento odontológico. Há algumas variações dessas ações de uma UBS para a outra.

Diante da histórica escassez de oferta de serviços clínicos e da demanda reprimida durante anos na população brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal hoje vigente propõe de forma a ampliar e qualificar a assistência:

maximizar a hora-clínica do CD para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, ao nível coletivo, devem ser executadas, preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, supervisão e avaliação implicam participação e responsabilidade do CD (BRASIL, p. 7, 2004a)

Nesse sentido, Santos (2006) sugere que as ações individuais e coletivas, no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal, organizem-se a partir da seguinte proporção: sete turnos de atividades clínicas (ações individuais) e três turnos em outras atividades (visitas domiciliares, educação em saúde, planejamento e programação, reuniões e capacitações, etc.). É importante ressaltar, no entanto, que sem uma mudança de foco e uma estratégia pautada no equilíbrio de tecnologias e na integralidade, aumentar a carga horária ou a permanência do profissional no consultório não será capaz de garantir, por si, um aumento no número de procedimentos, nem significa, necessariamente, ganho em qualidade das atividades desenvolvidas e no cuidado em saúde produzido (SANTOS, 2006; SANTOS; ASSIS, 2006).

Notam-se tensões e interesses diversos no equacionamento das ações coletivas e individuais na agenda das equipes. Profissionais queixam-se da ênfase excessiva da gestão na produção clínica, o que é parcialmente compreensível se apreciarmos a lógica orçamentária de repasse financeiro e de incentivos baseada em indicadores, produtividade e metas proposta pela própria política de saúde. Usuários demandam, a todo momento, acesso individual com resolução das suas necessidades de saúde.

Ao mesmo tempo, à luz do paradigma da promoção da saúde, sabemos qual é o caminho a trilhar. O despreparo da equipe de saúde bucal para o planejamento, a realização e a avaliação de ações coletivas também se revela. Entretanto, esse panorama vem se modificando por meio de mudanças recentes na própria formação profissional e da implantação de ações de educação permanente nos serviços, embora ainda represente um entrave para a reprogramação da agenda.

Além disso, nessa equação complexa entrariam também o “perfil” do profissional (que já foi aqui discutido), a persistência da lógica da odontologia de mercado, o subdimensionamento da cobertura populacional, etc.

Dentro da inter-relação com a equipe de saúde, a parceria específica com o ACS é também apontada:

A gente faz isso. Aliás, toda chamada da odonto é feita via agente comunitário, não é direto da odonto para o usuário não, a gente passa tudo pro agente comunitário e alguma demanda que o agente também perceba de dor, de necessidade, de criança especial, que é o meu caso, uma criança que é acamada, uma criança que não consiga vir, eles passam pra gente e a gente providencia o atendimento. (CD1)

Então, a agente de saúde passa na casa da gente e aí ela me informou que tava tendo dentista, que se quisesse era só vim e agendar. (U6)

Aí a gente vê como que a interação é melhor com as agentes, aí as agentes passam a informação direitinho pros paciente. (CD4)

O que eu passo tá ajudando eles e eles me ajudando... Então assim, por isso que a gente tem um vínculo muito bom! Por isso. Eles tão na rua, eles já me liga no meu celular “Ai [TSB1], tem uma urgência. Pode tá indo?” “Não, pede pra vir daqui a pouquinho, porque aí não fica esperando muito tempo”. (TSB1)

Essa interação é capaz de manter aberto o fluxo de informações da equipe com a comunidade.

Igualmente, manifestam-se os sujeitos da pesquisa sobre as reuniões de equipe:

Toda última sexta feira do mês. Toda a equipe, fecha o posto só pra essa reunião de equipe, é o momento da gente discutir os casos. [...] Demais da conta, nossa e como. [...] Porque esse é o momento da gente dar informação pra elas [as ACSs] e elas passarem pra gente também, os pacientes que estão com problemas, a interação fica muito boa. (CD4)

Aí a gente tem reunião mensal que a gente discute, qualquer coisa ela já passa como que é a agenda, o que que tá priorizando, os casos mais graves, aí já discute na reunião da equipe. Participa. [...] Fecha a agenda de todo mundo, fecha a unidade e a gente reúne em média uma hora e meia, por mês. [...] Eu falo “Ah, que eu vou fechar a agenda que eu vou perder de atender”, mas o tanto de coisa que você resolve e evita tanto probleminha que assim não compara e eu pretendo colocar duas vezes por mês. (ENF3)

Mas aqui, quando a nossa agenda clínica permite, a gente participa da reunião na unidade, que aqui o atendimento é muito, o fluxo é muito intenso, então nem sempre a gente consegue tá participando das reuniões aí fora, não. (CD2)

A participação nas reuniões de equipe aparece como de grande relevância para a integração do trabalho, a solução de pendências e a melhoria da comunicação interna, apesar da alegação de uma profissional de que a alta carga de trabalho pode impedir o comparecimento. Pode-se inferir se havia ali uma análise sobre o significado de tomar parte ou não dessa atividade e uma consciência crítica sobre o impacto da programação das atividades na rotina da equipe.

Essa falta de protagonismo é exposta, outrossim, em outros fragmentos:

A gente tem o grupo de puericultura que tem palestras bimestrais e esse retorno, não tá sendo feito gestante porque eu não sei se tem na unidade, eu acho que não tem na unidade, mudou o enfermeiro, eu acho que não tem funcionando... Nem grupo de gestantes, nem grupo de diabéticos, porque isso depende da enfermagem, quando eles montam a gente se insere. O que depende só da gente é feito... (CD1)

Às vezes, tinha reunião eles não chamava, tinha equipe de gestante, fazer grupos de gestantes ou grupos de diabéticos e eles não chamava. (ASB1)

A enfermeira aqui do posto sempre chama a gente pra dar algumas palestras pra ela... [...] Ela faz assim, a gente se sente assim bem assim participativo, então toda sexta-feira, mesmo que a gente não vai dar palestra, a gente participa da reunião dela porque caso que alguém precisa de anotar o nome no caderno do diabético a gente tá lá pra anotar, caso alguém tem alguma dúvida e quer saber, aí a gente sempre fica lá. E dia de sexta a gente até separa a agenda a tarde porque aí é o momento de esterilização, que a prefeitura separa, sabe, para esterilizar, então a gente tem esse momento que [a ASB] vai e agiliza esse serviço dela e [a ASB] também sobe pra participar. Aí a gente participa também das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, toda primeira terça-feira do mês... [...] Toda a equipe participa. A enfermeira incentiva todos os funcionários e chama o máximo de usuários também pra participar. (CD4)

A atuação da equipe de saúde bucal no planejamento, na organização e na execução das ações compartilhadas com a equipe de saúde é ainda limitada e, por vezes, não reconhecida como papel legítimo ou dever. Fica clara nos discursos a crença de que essas atividades constituem uma obrigação do profissional de enfermagem, que deve se ocupar sozinho do planejamento, da divulgação, da execução e, ainda, garantir a participação dos demais profissionais da equipe de

saúde. Nesse contexto, parece-me que a formação do cirurgião dentista e a própria historicidade da odontologia como prática profissional, que simplesmente transpôs a sua prática profissional privada para o âmbito da esfera pública, podem desempenhar um papel importante nessa desresponsabilização.

A referida formação e as competências exigidas – em consequência, as dos profissionais auxiliares também – pautaram-se na odontologia tida como científica / flexneriana sob as quais se ensejou buscar o desenvolvimento de habilidades clínicas para um trabalho “manual qualificado” de forma a, inicialmente, suprir a demanda de serviços privados. Essa centralidade do trabalho nas tecnologias duras, com unidimensionalização da prática, secundariamente a um trabalho “intelectual de rotinas pré-programadas” ou “intelectual de concepção criativa” é a base de um processo histórico e social de alienação do trabalho odontológico. A crise no mercado odontológico privado nos últimos anos e os avanços nas políticas de saúde brasileira que trouxeram muitos novos postos de trabalho sob desafiantes paradigmas têm forçado a redefinição das competências realmente necessárias. Ademais, esses novos postos têm sido cada vez mais valorizados, com uma crescente procura (FARIAS; SAMPAIO, 2010; ZANETTI, 2001).

A atuação como parte de um trabalhador coletivo que deve voltar a sua atenção para a defesa da vida de um sujeito que é também coletivo desperta a necessidade de se resignificar competências relacionais, além de aptidões para o planejamento, a programação, a gestão e a gerência.

Nessa linha de raciocínio, é preciso contar, então, com um profissional de enfermagem ativo:

A enfermeira chefe é super competente, a gente já equilibrou o nosso atendimento, ela já sabe o que ela passa para mim, o que ela não passa! (CD3)

A equipe aqui a [a enfermeira], então, ela é uma enfermeira que eu falo assim que eu nunca vi uma excelência em enfermagem, enfermeira igual essa a [a enfermeira], como ela coordena bem a equipe sabe, nó ela é muito eficiente. (CD4)

Uma vez que a delegação e a condução de tarefas realizadas em comum repousam na figura do enfermeiro da equipe de saúde, restando à equipe de saúde bucal participar se convidada e se integrar caso a atividade existir, a atuação firme e

inclusiva do profissional de enfermagem pode ter papel determinante ou não na integração / compartilhamento de ações e, por conseguinte, no auxílio à consolidação do vínculo terapêutico.

Caçador (2012) aponta, em um trabalho sobre a configuração identitária do enfermeiro no contexto da ESF, que existe um consenso dos demais profissionais da estratégia de que o enfermeiro é quem dita o tom e o ritmo do trabalho da saúde da família. O enfermeiro é reconhecido como líder da equipe e como eixo central, de forma que ele mesmo reflete a própria identidade da ESF. Por sua vez, os usuários reconhecem o envolvimento, a capacidade de se comprometer e as competências técnicas e relacionais desse profissional. É necessário problematizar, contudo, que o cotidiano de trabalho do profissional de enfermagem acaba marcado pela sobrecarga de atribuições de diversas naturezas, já que se responsabiliza pela dinâmica de funcionamento da UBS, realiza atividades gerenciais, administrativas e assistenciais próprias da ESF e, ainda, assume atribuições que não lhe são específicas (CAÇADOR, 2012).

A posição coadjuvante da equipe de saúde bucal parece ser corroborada pela aparente falta de interesse e de informação dessa equipe em relação às ações ofertadas pela UBS. Especialmente em duas das equipes estudadas, hesitação e dúvidas apareceram quando usuários perguntaram sobre alguma atividade específica da equipe médica e de enfermagem ou quando foi necessário encaminhar um usuário para buscar um serviço específico oferecido na própria UBS. Foi possível notar, outrossim, que essa desinformação / falta de interesse é, por vezes, recíproca. Ao questionar profissionais de saúde de duas unidades sobre a forma de acessar o serviço de odontologia, inclusive auxiliares administrativas da própria recepção, todos foram unânimes em indicar que o próprio serviço de odontologia deveria ser procurado para informações dessa natureza (NO_{5,7,9,10}). Com isso, o serviço de odontologia individualiza-se tanto dentro da unidade que a equipe de saúde bucal deixa, inclusive, de ser apêndice da equipe de saúde para apenas partilhar um espaço físico em comum. A saúde bucal acaba por estruturar sua própria recepção e seu próprio acolhimento, o que gera por vezes transtornos e mal entendidos aos envolvidos. Como pensar em interdisciplinaridade nesse sentido?

O discurso de uma das ASB, aparentemente incomodada com a situação, ilustra bem o contexto:

Se lá em cima pudesse assim olhar em global, soubesse de tudo, a portaria soubesse de tudo, até como funciona a odontologia, embora eles sabem, mas acaba eles mandando aqui pra baixo, porque eles é leigo, assim... “Eu tô com uma dor de dente aqui... Como é que eu faço? Meu dente tá doendo, como é que eu faço?” Eles são leigos, então não tem como... Ele fala assim: “Ô, vai lá na dentista!” Até por questão dele mandar a pessoa embora e falar assim: “Ô, lá funciona assim. Você não pode ir, tem que ir tal dia, o horário de urgência é 07:30...” Talvez ele não vai voltar com uma resposta sem o dentista olhar, então eu acho que essa necessidade do dentista ter que avaliar o paciente, então acaba a desejar. Agora, deveria ter alguma organização sobre as pessoas que tem interesse só em informação...

[...] É... “Só quero uma informação... Sobre agenda.” Tipo assim, se fosse... “Ai, eu quero saber como que funciona a agenda da odontologia...” Aí se tem uma pessoa e se fosse... Eu e virasse, chegou aqui e eu virasse: “Vai lá em cima e pergunta lá em cima. Eles vão te informar direitinho, esse assunto é lá em cima.” Aí eu acho que eles iam sair mais satisfeitos... Porque nem às vezes eu não consigo agradar, eu vejo que eles saem, assim, mal assim, porque às vezes sem querer eu viro: “Gente, agora eu não posso atender se você quiser aguardar...” E aí eles olham isso às vezes como má vontade, né?! Olham como mau atendimento. (ASB2)

Essa conjuntura pode ser reforçada ou não pelo próprio espaço físico. Nesse sentido, a alocação de uma das equipes de saúde bucal na UBS causou-me surpresa. Tanto o consultório quanto a sala de espera da odontologia são externos à unidade de saúde, no andar inferior, com acesso via UBS por uma escada e, ainda, com saída e entrada independentes (NO₈). A enfermeira da equipe posicionou-se sobre a questão:

Eu acho que isso atrapalha. Por exemplo elas já pensaram de colocar o prontuário e juntar, porque o prontuário da odonto é separado do prontuário daqui de cima, mas só que imagina se junta esse espaço físico, aí o paciente chega, às vezes tem alguém da família, que é separado por família, consultando com a dentista o prontuário tá lá em baixo. Como que vai ficar pra descer e pra buscar? [...]Aí é realmente. Quando chegar esse tempo se não for informatizado a gente vai ter dificuldades de juntar o prontuário. [...] Dificulta, porque às vezes vai lá sai pelos fundos e eu nem vejo ou então vem aqui e consulta tá com uma hiperglicemia o que foi e ela nem vê. Sendo que se fosse aqui só dela passar ali no corredor ela já ia vê algum paciente que é dela também, né, ia procurar saber, eu acho que fica muito isolado. Atendeu vai embora. Eles passam pelo portão de lá mesmo e já vai. E daqui de cima a mesma coisa. Atendeu, quando tem algum medicamento pra buscar ainda passa lá em frente, mas às vezes só de cê olhar assim você já tem uma noção de muita coisa. (ENF3)

Ela ressalta a impossibilidade de unificação dos prontuários dos usuários, além do claro prejuízo à integração do cuidado prestado diante da conformação física atual. Tal situação suscita o seguinte questionamento: alguma concepção de não pertencimento da odontologia ao serviço de saúde guiou aquela conformação física?

A Política Nacional de Humanização – PNH propõe a noção de “ambiência” como um dos seus princípios norteadores:

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2006a, p.76).

Assim, reconhece-se o espaço como território dinâmico que pode, ou não, agir como facilitador de subjetividades no encontro terapêutico e, ainda, prover ação e reflexão sobre os processos de trabalho que ali se desenvolvem. Obviamente, a ambiência discutida de forma isolada não é capaz de consolidar mudanças no trabalho cotidiano em saúde, uma vez que esse processo envolve também a postura e a compreensão das atitudes e das práticas já instituídas e assumidas na rotina por gestores e trabalhadores (BRASIL, 2006a). No “reencantamento do mundo” proposto por Michel Maffesoli, espaço local e sociabilidade encontram-se profundamente imbricados: é nele que ocorrem as possibilidades das relações sociais; é nele que se funda o “estar-junto” da comunidade; e é nele que, em comum, o mundo passa a fazer sentido (MAFFESOLI, 1984).

Uma das profissionais expressa sua preocupação sobre a temática:

Eu olho que quando a gente chega na casa da gente, que a casa da gente tá limpa ou então tá com um enfeite, tá com alguma coisa bonita, cê chega você sente bem no seu ambiente. E eu costumo olhar o meu ambiente de trabalho igual a minha casa, então eu penso assim: se eu posso fazer alguma coisa que eu sei que eu vou enfeitar aqui e talvez [a TSB] ou a [dentista] vai vim ver, igual eu fico brincando com a [dentista] que eu saio comprando os trem, eu fico assim, ela fica assim: “Ah você tá gastando o seu dinheiro!” Às vezes eu brinco assim: “Ó [dentista], não tem coisa melhor do que você chegar num lugar e sentir bem! E o bem não tá só no ser humano, tá no ambiente também, então o ambiente organizado, o ambiente limpo... Então eu penso assim... Eu gosto de enfeitar, eu gosto das flores, eu planto, eu compro, eu trago, ponho... Florzinha... Que eu acho que tudo na natureza transmite alguma coisa, nada aqui é inútil. Tudo que você vê e puder observar, igual essa bonequinha ali... Alguém teve um trabalho pra fazer, entendeu?! Ela se inspirou pra fazer aquela bonequinha, ela pensou no

olhinho, pensou na boquinha, ela pensou em tudo, então ela teve um trabalho. Aquela ali foi até a [dentista] que ganhou e ela quis por ali justamente porque ela sabe que a paciente vai chegar e toda vez que ela chega ela fala: “Olha lá... A bonequinha que você me deu tá ali!” Ele se sente alegre, ele se sente alegre com isso, entendeu?! Ele pensa: “Nossa ela valorizou o que eu dei!” Ele olha, ele vê que tá lá. Então eu acho que é muito importante, o ambiente tá organizado e tá bonito porque eu acho que até quem entra sente bem. (ASB2)

A profissional discorre a respeito da sua preocupação sobre o bem-estar que um ambiente limpo, organizado, bem cuidado é capaz de trazer àqueles que ali transitam e trabalham. Diz isso, inclusive, ostentando um *souvenir* dado de presente por um paciente. Fica implícito, na verdade, que um espaço aonde se processa o cuidado do outro exige para si um mínimo de desvelo de quem o concebeu e também de quem ali trabalha. Assim, é importante compreender / refletir sobre a intencionalidade fundante da conformação e da organização dos espaços onde se processa o cuidado em saúde.

Nas três unidades estudadas, conforme as fotos² que ilustram as páginas iniciais dos capítulos deste trabalho, foi possível perceber que existe uma preocupação das equipes, ao seu modo, com a conformação e a tematização do ambiente de trabalho, indo além dos cartazes de campanhas educativas comumente afixados nas paredes de unidades de saúde. Painéis de E.V.A. com motivos odontológicos, revistas na recepção, organização do consultório, decoração festiva nas paredes relativas a datas comemorativas puderam ser observados (NO_{1,4,8}).

Da mesma maneira como a unicidade do profissional de saúde bucal afigura-se como um diferencial na questão do vínculo terapêutico, também sobre o desempenho de um papel principal e mais participativo na equipe de saúde teríamos uma possibilidade. Em uma das equipes estudadas esse tem sido o tom das ações e da integração com a equipe de saúde (NO_{1,2,3}).

² O uso de imagens fotográficas de espaços físicos das UBSs foi autorizado pelos(as) respectivos(as) Gerentes/Coordenadores(as) para a ilustração deste trabalho, quando pactuou-se que não seriam enquadrados sujeitos em respeito ao anonimato destes (APÊNDICE G). A alocação das fotos na folha introdutória de cada capítulo objetiva situar o leitor no universo do estudo e suscitar reflexões sobre o ainda lócus principal onde se promove o encontro entre os sujeitos da equipe de saúde bucal e os usuários: o consultório odontológico, carregado de tecnologias duras, e seus entornos.

O grupo de gestante, o grupo de Hiperdia que a gente faz... Que agora vão ser mensais então... E eu faço um grupo de gestante, como eu tô com um número muito grande eu tô fazendo toda sexta-feira então a [a dentista] tá em todos, porque.... [...] É porque ela tinha neném de pouco, então ela ajuda e eu tô aprendendo com ela porque eu tô grávida então eu aprendo com ela, então assim ela é muito bacana sabe?! [...] Igual lá, por exemplo, tem toda uma agenda, mas sempre ela fala assim, às vezes ela até sai do consultório vai lá e diz, “não isso aí tem que ser pra mim mesmo”, então praticamente a gente faz o acolhimento junto. [...] Ela resolve muitas coisas do acolhimento, por exemplo, passou no acolhimento, “Ah, tô sentindo dor de cabeça”, a dor de cabeça como é que tá seu estado de conservação, vai ver é um problema dentário aí não vai pro médico, muita coisa não vai pro médico mais... Porque antes ele ia e às vezes iria entrar com antibiótico desnecessário e era problema dentário. (ENF2)

São os grupos de diabéticos, hipertensos, gestantes. Todos participam é... Elas chamam as pessoas, eu dou, faço o convite, por exemplo, eu te dei pro chá... [a pesquisadora foi convidada antes do início da entrevista a participar de um chá com os idosos da UBS com a temática alimentação e qualidade de vida] Elas motivam as pessoas, chama, convida, participa da palestra, dá opinião também. [...] Isso, as meninas sempre me ajudam. Elas fazem o chá, preparam a sala pra mim, traz as pessoas, buscam o copo, tudo que tá faltando, são muito receptivas. (CD3)

Nessa equipe, além do acolhimento que é realizado em conjunto com a enfermagem, a cirurgiã dentista e a ASB assumiram a co-execução e o gerenciamento dos grupos como os de gestantes e hipertensos, mesmo na ausência / impossibilidade de participação da enfermeira. Convidaram-me inclusive a participar de um desses eventos para idosos, literalmente, com um convite impresso que divulgava uma chá da tarde com bate papo em uma sexta-feira. Alguns agentes comunitários de saúde e a enfermeira da unidade relataram-me a surpresa positiva dos usuários em relação ao protagonismo da equipe de saúde bucal nesses grupos, tratando de assuntos “fora do campo da dentista”. Tal protagonismo e a metodologia preterida para a atividade – menos diretiva e mais dialógica – representaram uma surpreendente quebra de paradigma e uma experiência exitosa (NO₂).

O desvelamento de situações similares a essas corroboram a abordagem da Sociologia Compreensiva para o Cotidiano, em que:

Convivendo lado a lado aos modos de exploração/alienação é possível identificar uma curiosa, frequente e discreta forma de resistência, muito mais real, que sustenta a hipótese do **cotidiano** como um espaço que escapa aos poderes econômicos, simbólicos, morais, políticos. Não que esses poderes não existam, eles são relativizados neste **não-lugar**

indefinido, denominado **cotidiano** (PEREIRA, 2005, p.319, grifo do autor).

Ela, ao permitir a articulação de verdades locais, descortina a polissemia do real em uma cientificidade generosa e agregadora (MAFFESOLI, 1988).

Entretanto, essa atuação ativa nem sempre é bem recepcionada por toda a equipe de saúde:

É lógico que a gente tem problema, assim, em relação a outros profissionais, de aceitar o dentista, eu acho, acho que o conhecimento do dentista igual que eu tive problemas... [...] Não, mas, ele não faz, tipo assim, na equipe nossa é o clínico, a equipe mínima preconizada [...] então assim eu não conto muito com esses que são suporte, igual eu tenho um pediatra de suporte. Então ele vem uma vez por semana toda quinta, [...] às vezes, e eu não dou conta de acompanhar essas crianças todas nesse dia, porque se eu pudesse fazer o acolhimento dessas crianças todas, eu faria pra não mandar todas pro pediatra! Porque tem coisas que a maioria das crianças, é coisas pra dentista, só que eu não dou conta de fazer isso, teria que ser uma enfermeira pra assistência outra pra dá conta disso tudo. Porque aí vai pra ele, é um problema dentário, ele passa um antibiótico, sabe?! [...] E outra, igual, tipo assim, e aceitar o conhecimento da dentista também, porque ele tem um pouco dessa dificuldade. Igual, acho que semana passada, a [a dentista], a gente teve coisa interna, a gente teve um probleminha que era uma neném aí, a [a dentista] orientou que era dor de dente e ele falou que não existe dor de dente, aí eu pensei assim, porque não tava nascendo dente na boca dele agora! Por isso que ele não tá sentindo dor, porque pelo que eu saiba! Pelo que eu entendo... [...] Então assim, é muita complicação que a gente tem em relação a ele, é um médico mais antigo tudo, de aceitar o dentista na nossa equipe, porque muita coisa que ele faz... É uma afta que não acho que é da competência dele entendeu?! Que as vezes ele trata, enche a criança de Nistatina sabe?! É umas coisas assim que eu não engulo, não acho legal, mas é porque ele quer ter todo conhecimento e hoje em dia a gente sabe que não é assim, é tudo fragmentado a gente depende de tudo e de todo mundo, gente, pra trabalhar, entendeu, cada um na sua área, no seu entendimento! (ENF3)

Esse episódio, narrado pela enfermeira da equipe, sobre a existência de conflitos que vinham sendo gerados junto ao pediatra da UBS contrasta-se com os relatos sobre o modo com que a atuação diligente da cirurgiã dentista vinha trazendo benefícios ao acolhimento realizado diariamente na unidade. Nota-se como existe, ainda, a dificuldade de se reconhecer o valor do saber do outro e o quanto esse saber é capaz de somar resolutividade ao trabalho coletivo da equipe.

Farias e Sampaio (2010) – em um trabalho sobre a integração das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família – fazem considerações sobre situações similares, apontando que para se alcançar a integralidade das ações de saúde faz-se mister que as rotas da interdisciplinaridade sejam percorridas:

seja por uma disputa de poder-espaco, seja por uma autoafirmação da especialidade, os trabalhadores de saúde tendem a ter dificuldade em interagir seus saberes. Para que não seja uma utopia e se aproxime cada vez mais da realidade, é necessário haver compartilhamento das vivências e reconstituição dos papéis profissionais, propiciando um processo participativo e de partilha de saberes, transformando a realidade do processo saúde-doença da população (FARIAS; SAMPAIO, 2010, p. 752).

No caso em estudo, fez-se possível compreender como se dá a inter-relação entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde. Apesar de ter experimentado avanços, essa inter-relação ainda carece de maior integração e de uma postura mais ativa dos profissionais da Odontologia, de forma a contribuir positivamente para a formação de vínculo com os usuários e a comunidade. Uma das equipes de saúde bucal teve o seu protagonismo e a sua atuação destacados nesse sentido, o que confirma a riqueza da abordagem do cotidiano, capaz de descortinar e dar vulto à verdades locais. Passaremos, agora, às minúcias do trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal, buscando compreender a sua conexão com a efetivação do vínculo terapêutico.

4.2.3 O quem, o como, o quê no cotidiano de trabalho das equipes de saúde bucal

O modo e as nuances que envolvem a organização do cotidiano de trabalho das equipes de saúde bucal podem influir no estabelecimento do vínculo terapêutico. Como se acolhe e se encaminha as demandas dos usuários, a estratégia de organização da rotina, a carga horária semanal de trabalho dos profissionais, a composição da equipe e a realização de ações de educação e promoção em saúde e de prevenção de doenças/agravos foram quesitos apontados.

O papel coordenador e a centralidade propostos para a APS na rede de atenção à saúde tornam seu espaço local portador de potência para favorecer encontros produtivos de profissionais entre si, de usuários com esses trabalhadores e, ainda, entre usuários. A APS lida com problemas altamente complexos relacionados ao cotidiano das pessoas – ligados aos modos de sofrer, viver, morrer e adoecer no mundo –, necessitando se valer, assim, de tecnologias relacionais de elevada complexidade, o que facilita a criação e a manutenção do vínculo terapêutico (BRASIL, 2009, 2012). Com vistas a facilitar o alcance do anteriormente exposto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza o cumprimento de uma carga horária semanal integral de 40 horas para todos os profissionais da ESF, à exceção dos profissionais médicos, que podem cumprir uma jornada diferenciada (BRASIL, 2012).

O reconhecimento da vantagem do cumprimento da carga horária integral e da própria inserção na ESF aparece nas falas dos trabalhadores:

Acho que mais com a equipe. Eu acho que com a comunidade não, eu acho que eles já adaptou... Mais a equipe, porque tinha que ter todo dia eu acho. 40 horas aqui tudo e não... (ENF1)

Assim, queria que tivesse dentista todos os dias, eu acho que o serviço fluiria melhor. Com certeza. [...] Com certeza iria. Não ia ficar às vezes tanto com fila de espera, entendeu? Que aí até terminar um tratamento pra começar outro, e assim elas três turnos que fica sem, no caso segunda só tem de manhã, terça o dia todo, quarta de manhã, aí quinta não tem e sexta o dia inteiro, porque antes era três então assim, segunda feira de manhã era uma, de tarde era outra, mas tinha gente o dia inteiro, então assim não tinha o dentista que é de PSF, mas elas faziam o horário de PSF, as três junto, mas só que como a [uma das dentistas] teve que ir pro Centro, aí ficou meio desfalcado. Mas assim tá já pra contratar por agora outro dentista pra tá aqui 40 horas, acho que tá só esperando o CEO inaugurar pra tá vindo pra cá e elas subirem pra lá. Assim, eu acho que quando vier, o serviço vai fluir mais. Que aí vai ser assim só tratar o paciente com dor, aí já dá pra, o quê, pra já evitar, né? Invés de... Ele vim já com dor já fazer um tratamento antes, como que eu posso dizer... Num chegar a ponto de tá com os dente estragado, esses trem assim, entendeu? (TSB1)

Já é uma necessidade antiga dessa unidade de saúde, a gente sabe dessa demanda, só que não houve ainda o preenchimento dessa vaga do dentista 40 horas, mas é o ideal é que seja, com certeza, o preenchimento com 40 horas, né. (CD2)

Porque como a gente tem acesso aos usuários de todo dia vim aqui no posto, a gente sabe a história da paciente hipertenso, que vem todo dia medir a pressão, a gente sabe o que tá passando. Se acontecer coisa

triste, eles falam, a gente tem mais acesso as pessoas assim... Ficam praticamente... Vira uma família! Tem aqui no posto é uma família, tem muitas pessoas que toda semana tá aqui, então, você sabe o que tá acontecendo com ela, porque que ela vem. Tem gente que tá com depressão, gosta de vir aqui pra passear, pra conversar. Então, assim, a gente tem mais acesso do que o atendimento básico mesmo, sem ser na estratégia de saúde da família, que você vai e atende. E resolve os problemas e a pessoa: tchau. Porque aqui você tá no bairro dela, aonde ela mora, no convívio dela, aí você sabe o que acontece. Aí um fala do outro, "Ah fulano aconteceu isso, fulano de tal tá triste, não sai de casa, a fulano morreu", então assim, você tá dentro... As pessoas chegam, "oh fiquei sabendo que faleceu" a pessoa já acha muito legal de você tá lembrando... Tá... Eu acho isso muito legal. (CD3)

Esse vínculo ele é construído a muito longo prazo. Não é uma coisa que demanda pouco tempo, não é uma coisa que funcione só na teoria, né, é preciso um trabalho de campo de longo prazo, é preciso um dentista permanente, que participe da equipe de saúde. [...] Com certeza um dentista só com uma carga horária de tempo integral favorece o vínculo sim. Com certeza. (CD1)

Assim, a carga horária semanal de quarenta horas dos profissionais, associada ao modelo da ESF, é apontada como auxiliar do vínculo profissional / usuário e comunidade, do vínculo intra-equipe e da resolutividade, em contraposição a uma carga horária menor, comumente ligada à chamada atenção básica tradicional. O vínculo do profissional de quarenta horas com o serviço estaria associado a uma maior disponibilidade de tempo e abertura para exercício de habilidades relacionais junto à comunidade, co-responsabilização pelo cuidado, além de uma capacidade maior de solução de demandas. O vínculo desponta também como diretamente dependente do tempo de permanência do profissional na unidade, vinculado à equipe de saúde, uma vez que dessa forma haveria prazo suficiente para desenvolvimento e amadurecimento dos laços terapêuticos e de confiança com os usuários.

Nessa direção, Viegas e Penna (2012), em um estudo de caso realizado na região do Vale do Jequitinhonha/MG, abordam o vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família e sinalizam que o desenvolvimento de vínculo com o usuário e a população é algo que demanda tempo. Além disso, envolve o ser aceito e o ser re-conhecido para alcançar adesão e legitimidade junto à comunidade no desenvolvimento de ações de saúde (VIEGAS; PENNA, 2012).

A gestão flexível da agenda clínica é outra característica da organização do trabalho da equipe a qual se atribui valor:

Tem uns que só quer tudo de mão beijada. Os que precisa realmente vem. Os que precisa realmente vem, aí falta um paciente, você vai, sabe que a pessoa tá aqui aí você vai e encaixa ela... Vai fazendo assim o serviço vai fluindo com isso mesmo. (TSB2)

Procura, mas também tem a TSB que faz qualquer encaminhamento que julgar necessário, seja de escolar, seja grupo, paciente usuário do posto, visitas domiciliares... (CD2)

Isso. Aí eu conversei com ela, por eu ter um bebê aí ela falou pode deixar, vou marcar pra você. Assim a [TSB], hum... que... que eu conversei com ela numa quinta, ela marcou pra segunda. Olhou pra mim, questão de dias! (U4)

Até que um dia quando eu tava na fila esperando ela falou “Ah não, o caso da senhora a senhora tá na fila mas não precisava, no caso da senhora não precisava tá na fila”, porque eu tenho problema de coração. Aí ela falo assim “Por causa dos seus problemas a senhora já pode vir. A gente mesmo que não tiver a vaga a gente te encaixa...” (U7)

E aí, ao mesmo tempo com o outro não tinha porque estava sempre garrado na agenda... Esse negócio de a pessoa ter também uma, um rigor na agenda! (ENF2)

Flexibilizar a agenda e, muitas vezes, as regras / protocolos próprios do serviço é atitude relacionada à geração de vínculo positivo, além de ser uma alternativa inteligente para a solução de fluxos.

Dado que situações comuns e reais de trabalho são permeadas por eventos inesperados, incoerências e, ainda, subjetividade de pessoas, denota-se que existe uma divergência entre o que é prescrito e a realidade concreta das situações. Indo além, é possível dizer que trabalhar é preencher o vazio entre o real e o prescrito, caminho esse que precisa ser, a cada momento, re-descoberto e re-inventado pelo sujeito trabalhador. Isto seria trabalhar bem, ser inteligente no trabalho: ser capaz de manter certa distância das prescrições e das recomendações, além de infringí-las, já que só assim é possível atingir a qualidade necessária das ações propostas. Esse trabalho efetivo, marca da inteligência singular e subjetiva de cada profissional, permanece, na maioria das vezes, na sombra, na clandestinidade, diante do olhar controlador e vigilante das instituições. A “coordenação das inteligências”, por meio da contribuição e do consentimento de cada trabalhador aos acordos normativos num coletivo, em uma equipe, implica, de um lado, a renúncia à parte do potencial subjetivo individual, mas, do outro, somar em favor do viver junto e da cooperação – um compromisso técnico e social (DEJOURS, 2004).

Da mesma forma, desponta também a prontidão em solucionar as demandas trazidas pelo usuário:

Toda vez que eu venho aqui no posto, que eu preciso né, nem que seja de uma informação sabe, eles me trata bem, eles escuta, assim, aí de imediato eles já me encaminha pra alguma coisa, me passa um raio x ou marca dentista. [...] É. Eu acho que elas assim resolve bem rápido, quando você chega, precisa e elas já deixa uma coisa marcada. (U3)

Meu esposo num tá mexendo ainda não, só minha filha. E agora da minha filha tá fazendo mais rápido, porque perdeu elas foi e começou rápido, começou rápido, tá quase saindo já. Elas corre muito atrás, ajuda muito a gente né. [...] Aqui, é perto, o pessoal aqui é rápido também, num fica enrolando, marca a coisa e... Já marca e já atende a gente, já resolve rápido, não fica deixando passar, marca no dia num dá, quando a gente vem não vem ou marca a gente não vem, atende direitinho. (U2)

Essa presteza e a repetição de cenas similares, de um lado, representam a co-responsabilização da equipe com o cuidado que culmina em resolutividade para o serviço e, de outro, reforçam a crença do usuário na potência do serviço, da equipe e do profissional.

Campos (2002) aponta que o vínculo inicia-se justamente quando ocorre este duplo movimento de sujeitos que se encontram: uns precisando de ajuda e outros se incumbindo desses pedidos de socorro (CAMPOS, 2002).

Na observação das peculiaridades do cotidiano de trabalho micro das equipes, pude refletir, resgatando minha experiência anterior, a relevância do vínculo do cirurgião dentista com o profissional auxiliar, principalmente quando se leva em consideração a rotina do consultório, ainda voltada majoritariamente para a execução de procedimentos clínicos e dependente de um trabalho a quatro mãos. Ao mesmo tempo em que essa proximidade e essa convivência obrigatórias favorecem a criação de vínculo e laços de afeto entre esses atores, como em qualquer outro relacionamento podem também contribuir para o surgimento de conflitos e desgastes. Nas três UBS visitadas, foi possível presenciar exemplos de relacionamentos amistosos que extrapolavam o ambiente de trabalho e muito contribuía para o andamento das atividades (NO_{1,47}), como apontado em uma das falas:

Então assim, elas trabalham super bem, elas têm uma afinidade muito grande as duas, sabe? É até engraçado ver as duas trabalhando [CD e ASB], porque parece duas irmãs. (TSB2)

Porém, essa harmonia pode ser quebrada, com prejuízo do serviço, quando de variações de humor do profissional, desentendimentos, manifestação de problemas pessoais e de sintomas de alguma patologia, etc., o que nos leva a refletir sobre o autogoverno do trabalho promovido pelo profissional e a subjetividade aí intrínseca. Situação peculiar foi observada quando uma profissional auxiliar, ao tratar uma paciente com certa rispidez na recepção da UBS, justificou no interior do consultório que naquele dia estava com sintomas de Tensão Pré Menstrual – a chamada TPM (NO₇). Essa usuária, que foi entrevistada posteriormente, mesmo parecendo constrangida em avaliar com sinceridade o atendimento recebido, expressou-se, ainda que veladamente, de forma a corroborar essa reflexão:

Ah, essa parte... vou falar que, como ela num é comigo, ela a [auxiliar de saúde bucal] é com a dentista, pra mim foi bem... [hesitação]. Ela atendeu, num foi a dentista, então... [...] Ah, bem. Eu nem reparei muito, mas bem. Com a pressa que eu tô... Eu queria só mesmo que a dentista fizesse o... A parte, então pra mim eu acho que foi bem. (U4)

Assim, é possível vislumbrar como o cotidiano de trabalho em saúde carrega, como uma de suas principais características, um alto grau de autonomia dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho. Percebe-se que esses operam partindo de uma singularidade específica, ou seja, um modo particular de ser e estar no mundo.

Cada sujeito trabalhador pode, na verdade, ser vários: por meio da singularidade que lhes é própria, certos sujeitos podem atuar de forma harmônica e solidária em uma equipe em um momento, mas atuar de forma distinta e até antagônica em outras equipes, em outros instantes. Isso quer dizer que, simbolicamente, as equipes possuem representações diversas que despertam e acionam no sujeito trabalhador atitudes específicas, em conformidade com esse referencial simbólico. Outra questão relevante nesse sentido é o fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, de forma que esses espaços relacionais acabam por mediar seu processo de trabalho, o que revela que o “estabelecer relações” é uma habilidade e um saber inerente ao ser humano e à atividade laboral. Ou seja: não é possível ser autossuficiente no trabalho em saúde, como também não é possível para nenhum trabalhador conseguir, sozinho, alcançar uma resolutividade satisfatória, sob o prisma da realização de um projeto terapêutico usuário-centrado. Na verdade, a rede de trabalhadores e de relações que se forma fazem com que uns encontrem potência em outros, sendo esse processo produtivo altamente relacional. Essas relações dão-

se por meio de pactuações que ocorrem entre e dentro das equipes de saúde, de modo explícito ou tácito, e que representam o resultado de conflitos e tensões engendrados ou, ainda, de construções harmoniosas no ato de constituição da gestão do cuidado. Na verdade, não há receita ou pressuposto de como se dá esse pacto relacional e a gestão dessas redes que, somadas, constituem a produção da saúde. Essa, a produção de saúde, é, de tal sorte, executada por seus próprios protagonistas, o que lhe confere um caráter autogestionário (FRANCO, 2006).

Notou-se também que a composição da equipe e a estratégia de organização da rotina de trabalho – tradicionalmente centrada no cirurgião-dentista, tendo a figura do ASB como suporte no exercício de múltiplas funções (administrativas, de processamento de instrumental, de limpeza do consultório e de auxílio clínico) – podem influenciar, positiva ou negativamente no estabelecimento do vínculo com o usuário. A sobrecarga diária de tarefas à qual esse profissional está exposto, como pôde ser presenciado durante os períodos de observação nas unidades, dificulta e, por vezes, impossibilita a devida recepção e o devido acolhimento do usuário no serviço (NO₁₋₁₀). Tal fato se torna preocupante quando se ressalta que geralmente é na pessoa do ASB que acontecerá o primeiro contato da comunidade com a equipe, resgatando-se a discussão anterior da dupla recepção e do duplo acolhimento hoje realidade das equipes de saúde bucal. Os discursos a seguir corroboram as observações:

É, as vezes é muito puxado porque é só eu, então eu tenho que pegar o material, lavar o material, esterilizar material, limpar o consultório todo, a parte de cima, a de baixo, a menina... O chão a menina que limpa, e aí tem que pegar ficha, aí é paciente chamando, chamando, eu tenho que atender o paciente, aí tenho que marcar, tenho que desmarcar, tenho que chamá-lo, aí tem uns caderno de espera, aí tenho que ficar... Chamar, acabou o tratamento, tenho que chamar o outro, aí entra em contato, as vezes aqui não tem telefone é... Celular... Aí eu vou e ligo do fixo, aí as vezes eu tenho bônus do meu celular, aí Vivo ou Oi eu ligo... Ligo do meu celular... É, aí entro em contato com eles, eles vem... Aí vem nas consultas... (ASB1)

Então às vezes pra você ser porteira, pra pegar a ficha, falar alguma coisa... Igual no meu caso que eu tenho que relatar, falar da odontologia... “Como é que funciona vocês?” Pra mim ter esse vínculo de falar como funciona eu tenho que deixar a [a dentista]... Então, às vezes eu acho que tem muitos que saem mal atendidos porque às vezes eu viro: “Agora eu não posso que eu tô atendendo ela!” Eu fico chateada... (ASB2)

Uma das alternativas para auxiliar na reversão desse quadro, além da inegável necessidade de integração com a equipe de saúde, seria avançar para a composição de equipe modalidade II (cirurgião-dentista, ASB e TSB). Isso permitiria maiores possibilidades para a organização do trabalho, respeitando as atribuições legais de cada profissão auxiliar. A figura do TSB, exercendo suas capacidades de forma plena na equipe, sejam elas clínicas, coletivas / preventivas ou administrativas, pode alavancar o alcance das ações executadas pela equipe como um todo, conduzindo a avanços na universalidade de acesso e na integralidade. Alguns sujeitos da pesquisa ressaltaram essa importância, inclusive na equipe que já conta com a presença desse profissional:

Isso aí é importantíssimo, a gente tem que trabalhar muito nisso sabe, dentista e técnico tem que trabalhar juntos, o técnico auxiliar muito a demanda tanto clínica, a parte de profilaxia, de prevenção, e isso eu acho que falta aqui um profissional técnico pra essa unidade. Como não existe a cadeira pra ele, pro técnico, ela foi transferida daqui pra uma unidade que tem uma cadeira só pra técnico né, que é um PSF com duas cadeiras odontológicas... mas eu acho que ainda assim, mesmo não havendo uma cadeira específica pro técnico, eu acho que falta demais essa presença desse profissional aqui. Acho que é um ganho ter um profissional pra atuar diretamente com o dentista. (CD2)

Ah, eu falo que a ASB é meu braço direito e a TSB é meu braço esquerdo [risadas]. Sem eles eu não vivia. A TSB é uma mão na roda pra mim, ela faz o serviço dela com eficiência e além de fazer o serviço dela ela me ajuda demais, né, em orientar os pacientes, sabe coordenar a agenda, ela é muito boa. [...] Facilitou demais da conta. O TSB é muito importante numa equipe de saúde. (CD4)

Há um consenso nas discussões atuais sobre recursos humanos na área odontológica, tanto na literatura nacional quanto na internacional, acerca da necessidade de reorientação das práticas de saúde bucal no sentido da humanização, da prevenção de doenças/agravos e da promoção de saúde. Ademais, reconhece-se que essas ações – e algumas outras clínicas – podem e devem ser realizadas por pessoal auxiliar de nível médio, alcançando de forma equilibrada, tal reorientação (NARVAI, 2003). Contudo, a incursão dos profissionais auxiliares não foi e ainda não é uma questão pacífica no meio odontológico brasileiro: a regulamentação relativamente recente das profissões de ASB e TSB, em dezembro de 2008, e, principalmente, as competências propostas para o profissional TSB são alvo de polêmica e discussões ferrenhas entre atores de interesses diversos, como instituições formadoras, órgãos e associações de classe, profissionais liberais,

lideranças políticas, servidores públicos, gestores dos serviços públicos e instituições privadas. Sobre esta questão, Pinto (2008) faz uma interessante colocação, apontando o grande erro em não se utilizar o potencial das profissões auxiliares em odontologia:

Respeitadas as peculiaridades do trabalho em saúde, não há porque deixar de aplicar a análise ocupacional, com o objetivo de estender a cobertura populacional, ao labor em Odontologia. [...] Uma vez identificadas as tarefas por seu nível de complexidade, cada uma deve ser atribuída a pessoas com o correspondente nível de formação técnica. É um erro colocar um profissional com um elevado padrão científico, adquirido em sofisticadas Universidades, para efetuar ações de baixos requerimentos tecnológicos (PINTO, 2008, p. 319).

Conclui-se, então, que não utilizar o TSB no exercício pleno de suas competências já regulamentadas na equipe de saúde bucal representa “um luxo” que não pode ser permitido, já que encarece os serviços odontológicos e os torna menos resolutivos, fazendo-os inacessíveis, principalmente à parcela mais carente da população.

Por fim, as pontuações de uma das profissionais sobre a possibilidade de florescimento de vínculo com o usuário na promoção de ações educativas em saúde, dentro de uma abordagem dialógica, merecem destaque:

Porque eles são em grupo, aí uma pessoa pergunta, uma pessoa pergunta, aí você responde, elas então tem acesso. Então, isso dá o vínculo. Então, toda reunião de gestantes, eu já chego, quando eu chego as meninas são tudo lá, sempre “Ô doutora [nome da profissional], ô [nome da profissional] vem cá!” Porque de tanto que a gente.... É... Os grupos que eu faço, sempre eu converso, a educação em saúde que eu promovo é sempre conversando, então, eu ponho, eu não fico só falando! [...] “O que você acha? O que não acha?” Às vezes, eu ponho uma foto lá no computador... Eu deixo a pessoa desenvolver e falar. Acho que isso deixa a pessoa bem mais... Mais tranquila, dá um vínculo maior. [...] É, a abordagem. Eu acho bem mais gostoso, porque é muito chato, às vezes, a gente mesmo, para em frente uma pessoa falando. Aí fica assim: “Nossa que saco, que horas que vai acabar?” Não é? Saco, uma pessoa falando, falando, aí, eu pego e falo, tem uma pergunta “O que você acha?”, Aí a pessoa fala, aí eu pego... a outra fala um tema, aí eu pergunto: “O que você acha?” É legal que na palestra que eu dei, o interessante, que uma pessoa dava opinião pra outra “Ah não, não faz assim não, você tem que fazer assim, assim, assado.” Aí eles são trocando informações, eu só tô assistindo. Nisso, a gente que tem uma percepção, a gente que organizou o grupo, eu já tô enxergando lá na frente, olha que legal isso... Eles são achando que são conversando, mas, eu por fora, tô notando a troca de experiência. “Não, faz isso, faz aquilo”, é legal isso. [...] Então assim, quando eu dou

palestra, todo mundo que tem alguma dúvida, pergunta, eu tô sempre aberta a todo mundo, e, isso, dá muito mais acesso a eles. Eles já chegam e falam “olha eu te falei que tava assim, tava assado e... O que você pode me ajudar?”, muitas vezes chegam, “Olha eu tô com um irmão que é acamado em casa, não consegue, tá assim, assim assado, o que o você pode fazer?” (CD3)

A eficácia dos métodos propostos para a educação em saúde está diretamente relacionada ao vínculo entre equipe, usuários e família, porque somente quando alguém se sente apoiado é que sente segurança para arriscar passos por conta própria. Portanto, é extremamente importante estimular o autocuidado e fazer uso da educação em saúde de forma a possibilitar o aumento da capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas e de o grupo identificar seu poder para agir como agente de saúde das suas próprias famílias e comunidade. Tais atividades transformam-se, então, em momentos de se compartilhar conhecimentos e de se estimular atitudes saudáveis (CAMPOS, 2003). Retorna aqui a discussão sobre a organização programática das ações de promoção de saúde, prevenção de doenças/agravos e educação em saúde da equipe de saúde bucal proposta no modelo de vigilância em saúde adotado hoje para a APS e reconhecido por alguns profissionais entrevistados.

Ah seu eu pudesse, eu gostaria de poder atender mais pessoas, de fazer mais grupos. De ter mais condições financeiras, de... de receber algum incentivo, para ter mais oportunidades aqui! (CD3)

Não ao atendimento clínico, mas a promoção de saúde ela é muito maior que o atendimento clínico, a parte de prevenção e de educação ela fica comprometida quando eu não tenho esse tipo de recurso, porque eu preciso de material didático, eu preciso de material educativo, pra tá fazendo exatamente essa prevenção. Se enfoco no usuário adequadamente ele não tem como me dar também esse retorno. Quando eu não tenho esse material didático, esse tempo disponível pra fazer essa, essa parte educativa, ela fica comprometida e aí eu vou ver lá na frente o retorno disso, né, porque o usuário que não tá informado, não tá educado, ele é um usuário de maior risco de doença, ele vai aparecer no sistema depois já com dor, já com cárie né. Então, falta esse... Falta não só material, como falta a disponibilidade da gente, quando eu saio da clínica pra ir fazer atividade educativa, a minha produção clínica diminui e aí tem uma cobrança que vem lá de cima né. Eles querem que a gente produza clinicamente e aí você vai pouco pra campo, pra fazer trabalho educativo. (CD1)

Na contramão da execução de ações desse tipo, as equipes encontrariam resistências, seja de escassez de recursos materiais, seja de aceitação da própria gestão que ainda valorizaria a produtividade clínica.

À guisa de conclusão, deu-se destaque aqui às particularidades da organização do trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal que se mostraram capazes de influenciar a formação do vínculo. De forma a finalizar a abordagem dos fatores que o condicionam, é necessário falar ainda sobre a problemática do acesso aos serviços, que apareceu de forma contundente nos discursos dos sujeitos e cuja “presença” negativa pôde ser percebida durante os períodos de observação.

4.2.4 Ainda a tal porta estreita do acesso: avanços sim, mas com ressalvas

Os progressos alcançados pelo serviço de saúde bucal nos últimos anos são apontados tanto por trabalhadores quanto por usuários.

Não... num faz não. A gente tinha que ir em Sarzedo, aí abriu aqui, aí ficou muito mais fácil. Não tinha também não. Dentista não tinha. Tinha não. Abriu, só ficou assim quando a gente tinha que fazer qualquer coisa exame, dentista, tudo era lá, poucos tempo que tem... que a dentista passou pra cá mesmo. [...] Você vinha e marcava ficha de manhã. Agora não, agora já tem agente de saúde que marca a gente, não precisa de gente vir de madrugada mais, ficou mais tranquilo, nó! (U2)

Aqui não tinha odontologia, aí tava precisando porque o bairro cresceu, antigamente, esse bairro era muito pequeno. Você pode ver que tá tudo em construção ainda! Isso, aí então, assim, a unidade foi crescendo, foi requerendo mais profissionais, aumento de mais gente, aí abriu a unidade da odontologia. Que o povo tinha que sair daqui e ir para o [em outra unidade de saúde] que é muito longe, você já foi lá? Então, então assim, geograficamente fica difícil para as pessoas... Às vezes pagar uma passagem de R\$3,90... [...] Muita gente não tem três e noventa para ir e pra voltar no dia. É, porque o ônibus é por hora... Fica mais difícil. (CD3)

Agora ficou melhor ainda porque pra gente que tá gestante a gente tem prioridade, a gente tem como cuidar dos dentes essas coisas assim... (U8)

Que antes a gente tinha, era oito ficha na portas, você tinha que vim cedo e pegar as ficha... Vim cedo não, de madrugada, dormir na fila, pega as oito fichas, para depois você ser atendido. Hoje em dia não, hoje em dia você já tem o acolhimento, você tem palestra, você já consegue agendar, não tem mais isso, de você chegar e dormir numa fila para tentar pegar uma ficha. Você vem cedo, a dentista vai te olhar, se for um caso de urgência ela vai te atender, vai fazer o que for preciso, pra você embora pra casa tranquilo, satisfeito. Se não for também, ela te medica, volta semana que vem. Você volta, ela vai fazer. Então você

não vai ficar sem ser assistido... [...] Porque às vezes ela atendia vinte pacientes num dia, às vezes não tinha... Não era urgência, e quando chegava uma urgência não tinha mais material, a gente não tinha estrutura, os consultórios era horrível, os materiais não eram bons, sabe? Nossa! As cadeira enferrujada, era tudo muito ruim. Hoje em dia, a odontologia é um exemplo assim. (TSB2)

Ô, aqui, no começo, quando o dentista veio pro posto, era mais difícil pra marcar, só que de uns tempo pra cá melhorou bastante, entendeu?! Tá atendendo bem a população. Eu acho, porque assim, olhando pelo meu ponto de vista, as vezes que eu procurei foi bem rápido. E tem as ficha, não é pouca, é razoável, dá pra um tanto de pessoa por dia. (U3)

Da inexistência completa do serviço à conformação atual, as melhorias apontadas relacionam-se à sua própria disponibilidade no território do usuário; ao abandono da famigerada metodologia das fichas de atendimento que exigiam ida para a fila durante a madrugada, já que a distribuição ocorria por ordem de chegada; à implantação da priorização por condição de saúde e do acolhimento, além da melhoria da infraestrutura física dos consultórios. Contudo, a restrição do acesso aos usuários mostra-se ainda persistente no cotidiano das equipes. Os hiatos na atenção secundária em odontologia também estão presentes e se agravam para o usuário quando se considera o alto custo dos procedimentos odontológicos no setor privado. A partir daí, pôde-se observar que surgem situações, por vezes, conflituosas entre os atores envolvidos, causando desgastes e enfraquecimento dos vínculos intra-equipe e profissional / usuário.

Não, assim, igual esse dia eu fui trazer o meu neto, com 7 anos, mas aí ela falou né tem muitas pessoa na frente, aí ela pegou e encaixou ele aí eu tô esperando chamar ele. (U1)

Aquela questão da demora, mas eu creio que a demora é porque tem muitas pessoas, eu acho que deveria realmente, igual ela falou, naquela parte que vai ter mais aí, é sempre bem-vindo, mas no momento eu acho que, como diz, tá no limite, eu não posso fazer nada, então tá no limite. [...] Igual, eu vou ter que levantar de novo, não, de novo não, porque na verdade a [a TSB] me ajudou nessa parte porque eu tenho o [filho da usuária], eu tenho que levantar cedo com uma criança de um aninho pra vir pra uma fila, pra ficar aqui cedo... [...] Pelo que eu fiquei sabendo, acho que sim, pra você poder conseguir uma vaga na ficha. [...] É, pra mim... É, porque eu vou levantar cedo com uma criança? Igual, hoje mesmo eu deixei lá, tanto é que eu já tô.... [...] É, porque deixar filho da gente com as pessoas não é bom. (U4)

Às vezes é muito estressante! Porque é aí, muito paciente vem me procurar "Ai meu nome, não tá me chamando, tá demorando!" "A espera tá demorando demais!", aí eu falo assim, não, porque enquanto tá com um paciente eu não posso chamar outro, porque vai embolar, não adianta chamar todo mundo, não tem como atender. [...] E às vezes

demora muito, as vezes que demora muito, aí tem que provavelmente... Eu gostaria que tivesse um outro consultório para ajudar. Mas tem a população, que a população cresceu demais. Daqui do bairro, era pouco gente, quando a gente mudou pra cá, mas agora cresceu demais, às vezes, vai gente, vem gente, porque o bairro, então, é novo. [...] Fica, porque aí é muita gente pra fazer... Às vezes demora três, cinco meses. A pessoa às vezes, você tem aquele problema para resolver, igual eu ia chamar um idoso, aí ele tava com uns restinhos de dente, só que tem que enfrentar... tem que ser a fila, tem que seguir a fila, porque eu não posso resolver o problema de todo mundo, né?! Aí é... Ele já... aí eu fui chamar ele hoje, ele já tinha resolvido, agora faltou a prótese, só que agora tá encaminhado ainda para fazer. (ASB1)

Igual eu, no meu caso eu deixei meu nome foi em março, que eu tava com problema com o dente, eu já fiz essa cirurgia particular, já parcelei no cartão, já acabei de pagar e até agora não me chamou, entendeu?! [...] Não sei se talvez tivesse mais um dentista pra atender todo mundo! Porque é muito gente, só essa questão mesmo de... Da demora do nome lá pra chamar. (U6)

Um dos maiores sintomas desse gargalo de acesso, sentido na pele por usuários e profissionais, é a espera existente para o tratamento odontológico, materializada em filas virtuais registradas em listas distribuídas por faixa etária e condição de saúde. O tempo de espera pode ser tanto que, dependendo da particularidade e da urgência da necessidade sentida, o usuário acaba por buscar a solução da sua demanda no serviço privado.

Infere-se que a maioria das necessidades de saúde bucal poderia ser resolvida sim na APS, conforme preconiza o modelo de redes de atenção hoje proposto, se o requisito fosse puramente a capacidade técnica dos trabalhadores. Mas a questão é polêmica e, na realidade, envolve um quadro epidemiológico de doenças bucais extremamente grave na população e uma discussão ainda sem solução sobre a forma como devem se organizar as práticas curativas de saúde bucal: fazer ou não o chamado TC, Tratamento Completado, isto é, sanar todas as necessidades que cada usuário apresenta, ao menos em relação aos procedimentos hoje no rol da APS; ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta; ou, ainda, lançar mão de procedimentos e materiais que o consenso científico classifica ainda como intermediários – a exemplo do uso dos cimentos ionoméricos para restaurações definitivas em adultos – de forma a paralisar o processo de ataque de doença e aumentar a rotatividade clínica.

O TC não completado, ao mesmo tempo em que aumenta a rotatividade de usuários que utilizam os serviços, o que “estenderia o acesso”, cria, por sua vez, um círculo vicioso em que a baixa resolutividade gera a permanência dos usuários por muito tempo ali sem a garantia que conseguirão resolver todos os seus problemas. Quando se considera o caráter infeccioso das doenças bucais mais prevalentes e, ainda, as “filas de espera” existentes para o acesso, muitas unidades dentárias, que talvez receberiam uma abordagem conservadora se cuidadas a tempo, acabam tendo como destino a extração. Outras vezes, quando do re-acesso do usuário a uma nova vaga de tratamento, o que foi restaurado volta a ficar comprometido novamente, havendo necessidade de nova intervenção (SANTOS; ASSIS, 2006). É importante ressaltar aqui que essa discussão não pode olvidar da ideia de que a saúde bucal não é resultante apenas do trabalho cotidiano realizado nos serviços odontológicos, seja no setor privado, seja no público. O trabalho odontológico é sim relevante e resolve problemas individuais, mas, em termos também populacionais, é preciso lançar mão de um conceito ampliado de saúde, dependente de uma gama enorme de fatores, em que o acesso aos serviços odontológicos é apenas um deles (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A pressão constante dos usuários por acesso cria situações de estresse na equipe, como relatado por duas profissionais auxiliares:

Das vezes que eu a trabalhei aqui com a [a dentista], durante o início, que a gente tinha uma organização de agenda que eu não entendia muito bem, eu imaginava muito... Aí o povo falava: “Ah, você tá acabando com a [a dentista], fazendo ela trabalhar demais! Cê tá trabalhando demais!” Aí depois eu fui ter consciência também que eu tinha que olhar um pouco pro lado dela, porque tem a questão da ergonomia, a posição que ela fica durante muito tempo que pode dar problema né, na saúde dela. Pensar também né nos dois lados... Na população... Mas eu também tenho que pensar, principalmente quando chega de urgência que a gente fica assim “Meu Deus!” A gente fica imaginando... Eu naquela posição... Só que às vezes não tem jeito... (ASB2)

Ah, às vezes eles são muito... tem pacientes que são muito difícil... De relacionar, às vezes quando a gente tá ajudando eles, aí tá tudo bem, agora se a gente dá um fora pra eles, aí eles já “Ah aquele pessoa é ruim, tudo mundo... a equipe ruim”, já começa a reclamar, aí acho que às vezes, algumas pessoas... Fala assim “Aí eu vou... se eu tô bem, se eu tô sendo atendido bem, eu vou bem, mas... a partir do momento que eu não consegui o horário pra ir eles já começa a...”. Às vezes, põem na lista de espera, aí fica lá, aí de vez em quando, eu falo com eles, pode vim cá, olhar aqui, que números que vocês tão na fila, aí é pra me

procurar, à vezes eu deixo... A [a dentista], tá atendendo, vou lá corro, folheio a agenda pra ver que... ... Aonde que eles tão. No processo de agendamento e explico, falo assim, “Enquanto não acaba um tratamento não posso chamar vocês, aí tem que esperar, infelizmente, tem que esperar!”. Tem hora... Os atendimentos de urgência que são... A gente atende. [...] É... Tentamos é... Tentamos ajudar o possível. Isso, às vezes a doutora fala que eu sobrecarrego ela, porque eu sou... [risos] Que ela é escrava branca... [risos]. Que eu tento ajudar todo mundo, até o cachorrinho que tá lá fora sem dente... que eu ponho o cachorro pra dentro pra ajudar... [risos] (ASB1)

Sendo a ASB que recepciona e acolhe primariamente as demandas, corporifica-se aí, circunstancialmente, uma tensão entre a empatia pelo usuário / senso de resolutividade e os limites do serviço / capacidade de atendimento do profissional cirurgião-dentista.

Conjunturas similares são capazes de fragilizar o vínculo entre profissional e usuário e de trazer ruídos para o interior da equipe, já que desorganizam o arranjo de funcionamento dos serviços, dificultam o acolhimento e a comunicação, além de tornarem o acesso precário (VIEGAS; PENNA, 2012).

Por consequência, afloram desabafos desapontados dos profissionais:

Você não consegue abraçar o mundo. Você quer abraçar, mas você não consegue abraçar ele e aí... E ele necessita. Eu acho que o necessitado é o que mais precisa, mas ao mesmo tempo a gente tem que obedecer a regra porque senão vira bagunça... É como se não existisse lei, o mundo seria perdido. [...] Caminhar entre os dois. E é uma dificuldade que eu acho assim que o mundo vai melhorar através do quê, através da gente ter sabedoria pra lidar com isso, mas eu não acho que vai agradar todo mundo... (ASB2)

É triste, aí geralmente eu anoto o nome do paciente, e os paciente que estão com de dor ou uma urgência a mais, eu pego, resolvo o que ele precisa, e volto o nome dele para esperar a ordem. Classifico às vezes também r1, r2, r3... Por exemplo, tem uma vaga precisando da pessoa, eu trio 25 pessoas, da última vez eu peguei vinte pessoas da demanda espontânea que deixaram o nome, eu triei todas, aí, eu classifiquei em r1, r2 e r3, dei preferência para quem tava num pior estado. Que tava com mais urgência, atendi essas pessoas, dividi quatro vagas, três vagas.... Depois para poder dá para quem precisa mais e depois, classifiquei assim. [...] Se a gente pudesse atendia todo mundo de uma vez, mas, infelizmente não dá conta! A dentista é só uma... (CD3)

Impotência e frustração. Esses são os sentimentos que parecem se destacar em situações em que se recusa o atendimento imediato a uma necessidade de saúde apresentada pelo outro, por uma incapacidade do serviço e do próprio

profissional que ali o representa de absorver todas as demandas. A vontade aparenta realmente ser a de “agradar todo mundo” e de “atender todo mundo de uma vez”, evitando-se, além dos sentimentos citados, a situação de conflito direto com o usuário. Situações como essa puderam ser presenciadas durante os períodos de observação, quando em todas as três unidades visitadas houve, em algum momento, a abordagem da equipe por usuários ou familiares perguntando sobre a sua posição no caderno de espera para a demanda programada. Isto me permitiu uma “reexperienciação” de episódios vivenciados quando eu me encontrava lotada na assistência (NO₁₋₁₀).

Campos (2002), refletindo sobre esses desafios, lança mais sementes de inquietação:

Sempre haverá recursos insuficientes em saúde, a demanda tende a ser infinita, a maioria não quer morrer ou sequer sofrer, e a medicina e o SUS prometem cuidado e atenção, nossa oferta estimula as pessoas a nos procurarem. A saúde transformou-se em um direito, algo deste direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua, e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou a um medicamento e nunca teremos tudo que as pessoas demandam ou que os profissionais consideram necessário (CAMPOS, 2002, p.4).

O autor explicita, então, diante desse quadro de escassez e demandas infinitas, que sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha efeito terapêutico, já que entre o ideal (ou o que idealizamos como tal) e o nada existe um infinito de possibilidades de intervenção prática (CAMPOS, 2002). É indispensável avançar no acesso ao atendimento clínico em saúde bucal, mas, em um contexto de luta ainda pela extensão da cobertura na APS e de procedimentos de atenção secundária extremamente onerosos, urge desenvolver um modelo de promoção de saúde bucal que vá além da escovação supervisionada e do acesso ao flúor e que se integre verdadeiramente à defesa da vida do usuário. Um projeto arrojado, mas que seria capaz de alçar a saúde bucal para além do restrito sistema estomatognático.

Em uma conjuntura de acesso restrito, a divisão iminente da população adstrita de uma das equipes com uma nova equipe implantada em uma UBS vizinha recém inaugurada gera perspectivas positivas:

Agora em outubro vai dividir a área, vai passar 1035 pacientes para outra área de lá, no posto novo que vai inaugurar, vai ter duas equipes, então a gente hoje tá com uma população de 4800. A dentista tá com

mais de 9000 porque ela atende as duas equipes, as duas áreas né, lá é 4400 aqui mais 4800, então na hora que dividir e sair mil já vai pra 3800, já vai dar para dar uma respirada [...] É assim a questão que às vezes dificulta é excesso de população, né, que imagina atender 9000, você não atende... Se for olhar cuidado continuado mesmo, prevenção, aí acaba atendendo mais, fica lá atendendo, atendendo, atendendo mas não consegue prevenir, não consegue fazer mais puericultura, atender mais gestantes, então eu acho que a população quando excede fica mais difícil de desenvolver o trabalho. (ENF3).

Uai, eu acho que com a equipe menor, eu acho que vou poder dar uma atenção maior pra esses, nessas quantidades menores de paciente né. Vai ser mais focado, porque às vezes por ser muito grande, então a gente tem que dá, né, é muito grande a população, então até a agenda mesmo, talvez distancia muito uma consulta da outra... Daí a gente fica nessa deficiência. A gente fica pensando assim “Nossa mas nós estamos reagendando esse paciente pra mais de quinze dias, dá vinte dias...” mas porque a população é tão grande que às vezes a gente fica até assim com remorso... “Nossa, mas tá marcando longe, vinte dias”, então acho que nisso aí vai melhorar. (CD4)

Os profissionais reconhecem a sobrecarga atual da equipe, com parcial prejuízo ao cuidado prestado, quando se mostra complicado desenvolver ações que não as curativas, dada a pressão da demanda já aqui explicitada, e quando se cria um intervalo longo interconsultas. Isso, infelizmente, alonga o tratamento e parece trazer remorso para a profissional e certa descrença para os usuários.

Em contrapartida, apesar das linhas de tensão geradas pela sobrecarga de trabalho, observa-se que a maioria dos profissionais não a utiliza como mote para justificar um atendimento desumanizado ou de baixa qualidade, mesmo diante da angústia que a situação parece trazer, o que não pode ser, de maneira alguma, ignorado. Parece haver a procura por caminhos alternativos e por novas possibilidades.

As reflexões de Santos e Assis (2006), ao final do trabalho, fazem eco às nossas interpretações, quando estes apresentam a ideia de que nem sempre será possível curar ou resolver uma necessidade de saúde apresentada, mas que sempre será possível cuidar, escutar e buscar contribuir de forma a diminuir o sofrimento do outro. Esse sofrimento compartilhado, mesmo que não dividido, é patente a uma nova ética na saúde e prescinde de trabalhadores sensíveis e eticamente competentes (SANTOS; ASSIS, 2006).

Se o acesso ainda é restrito na APS, para a atenção secundária somam-se a isso algumas lacunas: procedimentos que não se encontram disponíveis na rede de atenção do município ou que nem mesmo são factíveis de serem ofertados pelo serviço público. São necessidades que chegam ao serviço e que serão parcialmente resolvidas ou simplesmente não atendidas, ignoradas.

Porque às vezes, muitas vezes tem que pagar... E talvez, vamos supor, esse dente aqui eles não fazem pra mim. [...] Eu vou ter que pagar 620 reais... [...] É, vamos supor, eu tô precisando, uma coisa ter mais... Uma pessoa que ganha um salário mínimo é difícil, família grande, então se tivesse um jeito de, por exemplo, se eu colocasse esse dente aqui, fizesse esse dente aí sem pagar seria ótimo! (U7)

O usuário aponta aqui a sua necessidade de saúde, a ciência de que o serviço não pode acolhê-la e o fato de não ter condições de pagar pela solução no serviço privado, o qual procurou, com certeza, tendo em conta que ele cita o valor a ser pago pelo procedimento.

Restam ao profissional situações que podem ser embaraçosas, como uma presenciada no período de observação: explicar todas as possibilidades terapêuticas possíveis a um usuário curioso sobre informações truncadas colhidas na mídia televisiva a respeito da reposição protética total da arcada inferior para, ao final da conversa, informar que nenhuma delas se encontrava acessível a ele no serviço (NO₂). Tal situação reavivou experiências vivenciadas enquanto profissional, em que, estando indisponíveis todas as opções tecnológicas para reabilitar um elemento dentário danificado, a única alternativa que podia ser ofertada ali era a sua extração, a “escolha” para o usuário e a “indicação” possível para o profissional, com nuances complexas. Haveria racionalidade ou reflexões em situações como essa?

A assistência de média e também a de alta complexidade em saúde bucal ainda são um nó crítico no modelo assistencial, considerando-se a relevância em se ofertar acesso a pontos na rede de atenção de diferentes níveis de complexidade, de forma a alcançar a integralidade da atenção e avançar na resolutividade das ações (MATTOS *et al.*, 2014). A própria Política Nacional de Saúde Bucal, inclusive, reconhece essa lacuna histórica:

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos — ainda assim, com grande

demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (BRASIL, 2004b, p.14).

É importante ressaltar, contudo, que somente em 29 julho de 2004 instituiu-se, pela Portaria nº 1571/GM, o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), ou seja, uma política nacional de financiamento para a atenção de média complexidade em saúde bucal (BRASIL, 2004b). Desde então, o número de CEOs implantados no país foi do número 100 em 2004 para 991 em 2014, um aumento de ordem de quase dez vezes em dez anos, com um alcance de cobertura municipal de 60 municípios em 2004 para 816 em 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ao mesmo tempo, parece que todo esse acesso aqui discutido carrega um estigma, uma marca de serviço de baixa qualidade:

Em primeiro lugar, a gente não tem condições de ficar pagando dentista assim, é caro. (U2)

Ah, pela praticidade, de ser perto de casa, e também porque é... De graça! Assim, melhor do ter que pagar! [...] Também foi bem atendido, só que eu acho que a limpeza que é feito, assim, muito rápido, porque quando você faz em consultório particular parece que é mais caprichado, demora mais, aqui é rapidinho. [...] É assim... Elas atende bem, mas como eu te falei, igual... A limpeza eu acho que é meio que assim... Passar por cima... Não é aquela... Quando a gente faz particular parece que demora mais, capricha mais... (U6)

A gente preocupa tá sempre tendo esse carinho, né, eu por também vim de escritório particular eles visam muito o cliente, né, então como eles visam muito o cliente... É o que eu falo, o atendimento do cliente deveria ser dentro do posto, aquele atendimento de cliente pros ricos. Então o rico visa dinheiro, então a gente acaba atendendo o paciente bem por dinheiro, né, tipo assim você tem aquela rigidez, o que o paciente fala você tem que aceitar aquilo que ele falou porque ele é que paga aqui, então se você não tratar ele bem ele não vai voltar e a gente vai ficar sem dinheiro... Mas eu acho que o que eu procuro hoje é o que eu aprendi lá no particular trazendo pra cá, porque eu olhei, aqui gente, eu não vou fazer isso só com o rico porque visa o dinheiro eu vou fazer isso é lá... Porque o certo é isso você tratar todo mundo igual, sem questão de dinheiro, sem questão de nada... (ASB2)

O serviço público seria a opção disponível para quando não se tem condições financeiras para acessar a esfera privada, que seria de maior / melhor qualidade e voltada para o cliente, já que ele pode pagar. Representações dessa natureza acerca do serviço podem minar com toda e qualquer iniciativa de melhoria, o que depende, essencialmente, da participação do usuário, uma vez que o serviço existe para servi-lo. Se para ele “é de graça e o que vier é lucro” ou “pra pobre é ruim, é assim mesmo”, como construir uma co-responsabilização pela mudança, diante da passividade e do conformismo então instalados?

Segundo Paim (2011), há vários tipos de SUS dentro do SUS. O SUS como sistema público de acesso universal possui diversas representações sociais, seja entre os seus dirigentes, na mídia, no mercado, entre os próprios profissionais de saúde, na parcela da população que não acessa diretamente seus serviços assistenciais e, ainda, entre os usuários. Há o SUS ideal, prescrito nas leis, nas portarias, nos decretos e nas demais regulamentações. Há também “um SUS pobre para pobres”, que é um sistema em que faltam recursos de diversas ordens e sobram filas, em que os usuários, ao serem simplesmente atendidos, ainda se sentem gratos, e, para essa concepção, qualquer coisa serviria e pronto. Essa é comumente a maneira que a maioria da sociedade vê o SUS, o que representa uma visão remontada das classes dominantes e que é constantemente focada pela mídia. Esta, muitas vezes, aproveita-se das deficiências do sistema – que existem sim e são várias, mas são uma parte do todo – para difundir amplamente o que está nas aparências, um senso comum vinculado a interesses dominantes e enviesados. É importante destacar que esse sistema não é, em hipótese alguma, aquele que foi concebido nem na reforma sanitária nem tampouco na legislação. Há também o SUS da cabeça dos gestores, um SUS em que a economia é mais importante que a saúde do povo e o direito à vida. Um outro SUS complexo é aquele das indicações dos cargos de comissão, de conchavos políticos e coisas dessa natureza, utilizando a saúde como moeda de troca entre governantes e partidos. E, por fim, há o SUS gerado pela reforma sanitária e que possui várias experiências exitosas, mas que se encontra ainda em fase de implantação e, também, ameaçado em uma encruzilhada de interesses. São essas as várias concepções sobre o SUS que estão na mente das pessoas, influenciando-as, independentemente do local onde estejam, a tomar decisões. É possível notar que existe uma disputa simbólica e ideológica entre os

diversos atores interessados sobre qual SUS se defende, qual se deve defender e, ainda, qual SUS queremos (PAIM, 2011). Por fim, percebe-se que o acesso aos serviços de saúde bucal muito avançou no próprio município que abriga o cenário do estudo de caso, acompanhando o incremento de investimentos e a melhoria sem precedentes que a política nacional de saúde bucal brasileira alçou na última década. Contudo, as portas do acesso ainda são estreitas e clamam o resgate de décadas de restrição, de práticas mutiladoras e de exclusão de várias parcelas populacionais.

5

Considerações

Finais



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu a compreensão e a (re)construção do fenômeno vínculo profissional/usuário no trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal na APS, sob a perspectiva dos sujeitos envolvidos no cenário eleito.

A compreensão sobre vínculo mostrou que essa tecnologia leve assume diversos sentidos para os sujeitos envolvidos nesse encontro; papéis relevantes que o fazem, simultaneamente, ponto de partida, guia condutor do processo e, por fim, objetivo almejado, dado o potencial terapêutico a ele inerente. Mas outras noções também foram associadas ao vínculo profissional / usuário; noções essas que o qualificam como eivado de valoração positiva, na maioria das vezes, e de uma complexidade que, se demasiado utópica, pode comprometer a sua efetivação. A concepção de vínculo terapêutico expressa pelos sujeitos envolvidos é, por fim, polissêmica, complexa e altamente desejável para o alcance do êxito no cuidado ofertado, ou mesmo para a satisfação pessoal dos envolvidos. Exige, contudo, a definição de limites internos próprios, para que não se torne um complicador para as interações que profissionais de saúde e usuários mantêm no cotidiano da atenção à saúde.

Foi possível captar as particularidades do vínculo e as condições nas quais ele concretiza-se, de forma a compreender o que se manifestou como influente, positiva ou negativamente, na sua consolidação. Destacaram-se: a singularidade dos profissionais envolvidos; a (in)existência de protagonismo das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde; as características relacionadas ao próprio trabalho cotidiano da equipe e do modelo de atenção por ela espelhado; além das restrições / hiatos de acesso à atenção à saúde bucal ainda existentes.

A unicidade e as particularidades relacionadas ao profissional inserido na equipe de saúde bucal desempenham, por conseguinte, papel de relevância na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento do vínculo. Da mesma forma, a

interface e a atuação da equipe de saúde bucal junto ao restante da equipe de saúde foram colocadas em relevo, detectando-se que, apesar de ter experimentado avanços, essa inter-relação ainda carece de maior integração e de uma postura mais ativa dos profissionais da Odontologia. Uma das equipes de saúde bucal teve o seu protagonismo e a sua atuação destacados nesse sentido – de maior integração e de uma postura mais ativa –, o que confirma a riqueza da abordagem do cotidiano, capaz de descortinar e dar vulto a verdades locais.

Analisando-se as minúcias do trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal, percebeu-se, outrossim, que a forma positiva de acolher e encaminhar as demandas dos usuários, a estratégia de organização da rotina, a carga horária semanal de trabalho dos profissionais, a composição da equipe e a realização de ações de educação e promoção em saúde e de prevenção de doenças/agravos também têm potência para influenciar o estabelecimento do vínculo.

De forma a finalizar a abordagem dos fatores que o condicionam, é possível destacar a problemática do acesso aos serviços, que apareceu de forma contundente nos discursos dos sujeitos e cuja “presença” negativa pôde ser percebida durante os períodos de observação. Reconheceu-se que o acesso aos serviços de saúde bucal muito avançou no cenário estudado, acompanhando o incremento de investimentos e a melhoria sem precedentes que a política nacional de saúde bucal brasileira alçou na última década. Entretanto, as portas do acesso ainda são estreitas e clamam o resgate de décadas de restrição, de práticas mutiladoras e de exclusão de várias parcelas populacionais.

A realidade local do município apontada neste trabalho guarda certa regularidade com outros tantos municípios brasileiros, de forma que uma das potencialidades desse estudo é a possibilidade de que o olhar de sujeitos de outros contextos enxerguem nos resultados apresentados e nas interpretações realizadas, singularidades viáveis de serem semelhantes a outros cenários.

Uma das limitações possíveis desta pesquisa pode ser atribuída à realização das entrevistas com os usuários na própria UBS, dadas algumas limitações técnicas para a realização em domicílio, o que pode prejudicar a qualidade das respostas. Além disso, a amostra de usuários deu-se exclusivamente por mulheres, o

que é normalmente explicado pelo próprio perfil – já consagrado em vários estudos – de frequentadores das unidades de saúde, relacionado com o horário de seu funcionamento (geralmente de 8h às 17h) e, também com característica (auto) cuidadora relacionada ao gênero feminino.

A trajetória percorrida para realização deste estudo foi repleta de descobertas e encontros. As descobertas passaram pela aceitação de que era realmente impossível dissociar a pesquisadora da cirurgiã dentista e que, na verdade, esse olhar para o objeto de pesquisa era necessário, enriquecedor e altamente ligado à sua escolha. Sobre os encontros, pode-se dizer que foram vários: com o olhar acurado de um campo de práticas, a Enfermagem, que adota um diálogo com as Ciências Sociais com uma profundidade que eu desconhecia; com a visão de mundo da abordagem qualitativa e os seus meandros, que hoje me permito dizer, com orgulho, ser também a minha visão; com o olhar generoso da SCC; e, ainda, com a realidade do trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal em Sarzedo, onde pude (re)experienciar e refletir sobre vivências que me eram extremamente familiares. Confesso aqui que meus pressupostos iniciais partiam de um olhar cético para o vínculo profissional/paciente e a sua possível efetivação, influenciado pelo caráter prescritivo das políticas que o propõem, pelo habitual cunho tecnológico (duro) do trabalho da Odontologia e, não obstante, pela minha experiência anterior como profissional de saúde bucal na APS de um município vizinho. Ao longo do caminho percorrido, vi-me obrigada a rever esses pressupostos e revisitá-los com outro olhar, "reaprendê-los" com certa satisfação, mérito que eu devo, pelo menos em parte, ao olhar humilde e respeitoso da abordagem do cotidiano.

Esse cotidiano, que se manifesta repleto de possibilidades, oferece diariamente infinitas oportunidades de vivência, de interação e de novos modos de se ser, de fazer e de reinventar, mesmo diante de conjunturas e dificuldades ditas determinantes pelo nosso olhar que é, por vezes, reduzido e pessimista. Obviamente, não se pode negar aqui a existência dos entraves que foram, inclusive, apontados ao longo do trabalho e que precisam ser sanados para que possamos facear avanços. Todavia, diante de um quadro de escassez de diversas ordens, o que nos resta é assumir uma postura de escuta e de cuidado e procurar, de alguma forma, amenizar o sofrimento do outro. Conclui-se que esse posicionamento pode, na verdade, além

do próprio papel terapêutico desempenhado, resultar em mútua satisfação pessoal aos envolvidos. Ademais, é preciso abraçar a ideia de a coordenação do cuidado realmente se dar na APS, *locus* privilegiado da atenção à saúde. Ela guarda maior proximidade com o cotidiano das pessoas e das comunidades de forma que essa intimidade permite a vivência do encontro terapêutico, a formação de vínculos e a manifestação da subjetividade dos envolvidos no processo do cuidado.

As considerações aqui apontadas, longe de serem finais, apontam alguns subsídios para o entendimento da dinâmica do encontro profissional / usuário da saúde bucal na APS de forma a permitir uma melhor organização do trabalho, planejamento das ações e dos serviços, além da gestão de iniciativas de educação permanente. Seria importante a realização de estudos futuros que investiguem a esfera do vínculo relacionada à longitudinalidade do cuidado, de modo a acompanhar a trajetória do usuário na rede de saúde bucal em busca da solução da sua necessidade de saúde.

Referências



REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v.1, p.43-62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BENETTON, L.G. **Temas de psicologia em saúde: a relação profissional-paciente**. 2ed. São Paulo: Editora Segmento, 2002. 335p.

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.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 16p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1571/GM de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília; 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1571re.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS**. Material de apoio. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 84p. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: OPAS, 2006b. 38p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 2, Série B, Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
- CAÇADOR, B.S. **Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família**. 2012. 180 f. [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2012.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997.

- CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar recursos que também atuam como sujeitos da história.** 1998. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/11-subjetividade-e-adm-pessoal>. Acesso em 29 mar. 2014.
- CAMPOS, G.W.S. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família: a construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma microrregião, e o encarregar-se de casos singulares.** Nov. 2002. Disponível em: <www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/9-vinculo>. Acesso em: 26 mar. 2014.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 185 p.
- CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.303-14, out./dez. 2005.
- CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs.) **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2.ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. 411p.
- CARVALHO, A.M.A. *et al.* Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. **Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n.3, dez. 2006, p. 589-598.
- CARVALHO, A.M.A.; POLITANO, I.; FRANCO, A.L.S. Vínculo interpessoal: uma reflexão sobre a diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n.25, v.2, p.233-240, abr.-jun. 2008.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais e humanas.** 11ed. São Paulo: Cortez, 2011. 164p.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento 1.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set-dez 2004.

- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um Trabalho, fator de equilíbrio. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 3, p.98-105, maio-jun 1993.
- FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1643-1652, 2010. Suplemento 1.
- FARIA, R. S. R. **Acesso à atenção à saúde em um município do Vale do Jequitinhonha - MG**. 2014. [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2014.
- FARIAS, M.R.; SAMPAIO, J.J.C. Integração da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: a percepção dos profissionais. **Rev. B. S. Pública**, v.34, n.4, p. 745-757, out./dez. 2010.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.
- FRANCO, T.B.; As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF**: contradições e novos desafios. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2012.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-124.
- GIL, A.C. **Estudo de caso**: fundamentação científica, subsídios a coleta e análise dos dados e como redigir o relatório. São Paulo: Atlas, 2009. 168p.
- GOMES, A.L.C.G.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.65-72, 2009.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v. 17, n. 9, p. 287-301, 2005.

LEOPARDI, M.T. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p.37-52, 2007.

LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.V., 1986. 99p.

MAFFESOLI, M.A. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 168p.

MAFFESOLI, M.A. **O conhecimento comum**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988. 294p.

MAFESSOLI, M. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 36, p.5-9, ago. 2008.

MAFESSOLI, M. Algumas notas edificantes e curiosas escritas para uso daqueles que querem pensar o mundo tal como ele é. **Revista FAMECOS – Mídia, Cultura e Tecnologia**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.312-326, maio/ago. 2011.

MALDONADO, M.T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes, seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003. 320p.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n 4, Dec. 2010.

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

- MEIRINHOS, M.; OSÓRIO, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. **EDUSER**, v.2. n.2, p.45-65, 2010.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: Cadernos de Textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Série B, Textos Básicos de Saúde, p.108-137, 2004.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez, 2003.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. Dicionário Da Educação Profissional Em Saúde. EPJV / FIOCRUZ, nov. 2005. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em 01 abr. 2014.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acessado em: 01 out. 2012.
- MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado Extraordinária de Gestão Metropolitana**. 2012. Disponível em: <<http://www.metropolitana.mg.gov.br>>. Acesso em: 09 dez 2013.
- MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009. 80p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407p.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 09 dez 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Brasil Sorridente/Centro de Especialidades Odontológicas – CEO/Prótese Dentária. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais de serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 649-656, 2010.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4 ed. Porto Alegre: Sulina, 2011. 120p.
- MOYSÉS S.J. et al. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família: desafios para os municípios. In: MOYSÉS S.T.; KRIGER L.; MOYSÉS S.J. (Coord.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p. 47-67, 2008.
- MOYSÉS S.T.; KRIGER L.; MOYSÉS S.J. (Coord.). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308p.
- NARVAI, P.C. **Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI**. 2003. Disponível em: <http://143.107.240.24/departamentos/social/saude_coletiva/QRecursoshumanos.pdf>. Acesso em 02 abr. 2014.
- NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 148p.
- OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008.
- PAIM, J. **O maior desafio do Sistema Único de Saúde hoje, no Brasil, é político**. IHU On line - Revista do Instituto Humanitas Unisinos, n. 376 ano XI, 17 out. 2011. Entrevista concedida a Graziela Wolfart.
- PALHARES, M.C. A. Transferência e contratransferência: a clínica viva. **Rev. bras. psicanál**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p.161-177, 2007.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acessado em: 01 out. 2013.
- PENNA, C.M.M. **A construção de vínculo no cotidiano de trabalhadores e usuários da atenção primária a saúde**. 2013. [Projeto de pesquisa financiado pela FAPEMIG - Edital Universal]. Núcleo de Pesquisa de Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2013.
- PEREIRA, A. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.316-25, dez. 2005.
- PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J.C.; ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. .2, p. 599-609, 2003.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 129p.
- 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 – Comunic, Saúde, Educ**, v. 15, p. 185-198, 2005.
- PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. 207p.
- PINTO, V.G. Recursos Humanos. In: _____. **Saúde bucal coletiva**. 5ed. São Paulo: Santos, 2008, p. 3177-355.

- PINHO, S. **Acesso e resolutividade na perspectiva de profissionais de saúde e usuários**. 2009. [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2009.
- POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 464p.
- QUEIRÓZ, E.S. **A construção da integralidade no município de Catas Altas – Minas Gerais**. 2008. [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2008.
- QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas - MG. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, p. 62-70, 2011.
- REZENDE, V. **(Im)Possibilidades de Acesso à atenção à saúde no cotidiano da estratégia saúde da família**. 2013. [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2013.
- RIBEIRO, E. M. **Concreticidade do vínculo do/no programa de saúde da família (PSF): desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa**. 2006. [Doutorado em Enfermagem]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2006.
- SANTOS, A.M.A., ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.53-61, mar. 2006.
- 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. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.9, nº.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, jun. 2008.
- SANTOS, T. V. C. **Acesso aos serviços de saúde: perspectiva de profissionais e usuários**. 2012. [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2012.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SILVA JÚNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p.241-57.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

STAKE, R.E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porta Alegre: Penso, 2011. 263 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TORRES, L. M.; MARQUES, L. M. F.; TANNURE, M. C.; PENNA, C. M. M. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte - MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 822-828, 2012.

TRIVIÑOS, A.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais**. 2010. [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, v. 13, p. 375-385, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

ZANETTI, C.H.G. **Odontologia:** habilidades e escolhas. 2001. Disponível em: saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em 4 abr. 2014.

Apêndices

APÊNDICE A

DIÁRIO DE CAMPO

Pesquisa: VÍNCULO NO PROCESSO DE TRABALHO COTIDIANO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BU

Pesquisadora: Ludmila Brito e Melo Rocha

Município: Sarzedo **Unidade de Saúde:** _____ **Período de observação:** __:__hs às __:__

NO	NP

APÊNDICE B



VÍNCULO NO PROCESSO DE TRABALHO COTIDIANO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E USUÁRIOS

Pesquisadora: Ludmila Brito e Melo Rocha

Município: Sarzedo

Roteiro de entrevista semiestruturado

Usuários

Nome da Unidade?

Idade?

Sexo?

Escolaridade?

Profissão?

Quantos moram em casa?

1. Como você conheceu o serviço de saúde bucal?
(Quem falou para você sobre esse serviço? Você conhecia o serviço?)
2. Porque você busca o serviço de saúde bucal da Unidade?
3. Como você se sente recebido/acolhido pelo serviço de saúde bucal da Unidade?
4. Conte pra mim uma situação de atendimento no serviço de saúde bucal que você gostou. E uma que você não gostou?
5. Como você percebe o seu relacionamento com a equipe de saúde bucal?
6. Como você vê o atendimento do dentista?
7. O que você pensa sobre os serviços oferecidos na Unidade de Saúde?
8. Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE C



VÍNCULO NO PROCESSO DE TRABALHO COTIDIANO ENTRE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL E USUÁRIOS

Pesquisadora: Ludmila Brito e Melo Rocha

Município: Sarzedo

Roteiro de entrevista semiestruturado

Profissionais

Nome da Unidade?

Idade?

Sexo?

Escolaridade?

Profissão?

Há quanto tempo atua na profissão?

Há quanto tempo está trabalhando no Município?

Há quanto tempo está trabalhando na Unidade?

Quantas horas trabalha por dia?

Possui outro local de trabalho?

1. Fale pra mim como é o seu dia de trabalho na Unidade (sondar organização do processo de trabalho).
2. **Como é o seu relacionamento/o da equipe com o restante da equipe de saúde da Unidade?***
3. **Quais são as atividades desenvolvidas em equipe (com toda a equipe de saúde)?***
4. O que você entende por vínculo entre usuários e equipe de saúde bucal? (Como você enxerga o seu relacionamento com os usuários da comunidade?)
5. Descreva uma situação que você percebe o desenvolvimento de vínculo entre você profissional da equipe e os usuários.
6. Você deseja acrescentar algo?

* Profissionais de Enfermagem

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuários

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários**”, sob minha responsabilidade, Ludmila Brito e Melo Rocha¹, e orientação da Professora Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna². Esse trabalho é um dos requisitos para aprovação no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo compreender o vínculo profissional/usuário no dia a dia de trabalho das equipes de saúde bucal nas Unidades de Saúde, a partir do ponto de vista de usuários e profissionais de saúde.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre o entendimento que possui de vínculo; como se sente cuidado quando busca o serviço de saúde; que o leva a procurar ou não o serviço de saúde bucal; de que forma é recebido e atendido pela equipe; como você vê a sua relação com os profissionais desse serviço e quais são os fatores que facilitariam ou dificultariam essa relação e contar sobre situações em que você foi bem atendido e outras que não foi.

Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que sejamos fiel às respostas que você deu quando formos transcrevê-las e você poderá escutar, se assim o desejar. Se você permitir gostaria de acompanhá-lo em uma consulta, caso o profissional de saúde que o atenda também permita, para observar como ela acontece e anotar em um caderno, chamado de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender de que forma você e sua família, enquanto usuários, estabelecem vínculos com os profissionais de saúde e como esta situação interfere ou não no tipo de tratamento que recebem.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmamos o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e que as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 (cinco) anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)³, local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos sobre questões éticas.

Em qualquer momento da pesquisa você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, além de poder retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família pela Unidade de Saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,

Ludmila Brito e Melo Rocha

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Data e Assinatura Legível: _____

1 Cirurgiã dentista Ludmila Brito e Melo Rocha Tel.: (31) 9929-6745. Escola de Enfermagem – UFMG.

2 Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem – UFMG.

3 **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)** - Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APÊNDICE F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada “**Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários**”, sob minha responsabilidade, Ludmila Brito e Melo Rocha¹, e orientação da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna². O referido trabalho é um dos requisitos para aprovação no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo compreender o vínculo profissional/usuário no processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de usuários e profissionais de saúde envolvidos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas e observação. Assim, você responderá perguntas sobre o que você entende por vínculo; como é realizado o acolhimento às necessidades de saúde da população adscrita; e quais as estratégias propostas, em sua concepção, para o estabelecimento de vínculo entre o serviço, equipe e usuários.

As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, de forma a preservá-las o mais fidedigno possível e estarão à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. As observações ocorrerão durante uma consulta, se você permitir e caso o usuário atendido dê sua permissão, ou em outras atividades e serão registradas em diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender os mecanismos de ingresso ou não da população usuária aos serviços públicos de saúde, como também, o tipo de atendimento e o tratamento dispensados, de forma a caracterizar as situações que permeiam o vínculo equipe/usuário e buscar estratégias conjuntas para melhorias de acesso e atendimentos, se for o caso.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)³, local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos sobre questões éticas.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética (COEP/UFMG)³ para esclarecimentos. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Ludmila Brito e Melo Rocha

Cláudia Maria de Mattos Penna

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Data e Assinatura: _____

Contatos:

¹ Cirurgiã dentista Ludmila Brito e Melo Rocha, tel.: (31) 9929-6745. E-mail: ludmila_bmrocha@yahoo.com.br

² Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br Escola de Enfermagem – UFMG.

³ **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG):** Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha. Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

APÊNDICE G

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE FOTOS

**Sr(a). Gerente/Coordenador(a) de Unidade Básica de Saúde
Município de Sarzedo - MG**

Venho por meio deste solicitar sua autorização para utilizar fotos dos ambientes/atividades realizadas na Unidade de Saúde _____ para ilustrar/ o trabalho intitulado da pesquisa intitulada **Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários** sob minha responsabilidade, Ludmila Brito e Melo Rocha, e orientação da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. O referido trabalho é um dos requisitos para aprovação no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo compreender o vínculo profissional/usuário no processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de usuários e profissionais de saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja coleta de dados será realizada com os integrantes das equipes de saúde bucal e usuários atendidos por eles que serão observados e convidados a responder perguntas sobre o significado de vínculo, a importância e inserção do mesmo no cuidado das pessoas e descrever o processo de trabalho cotidiano em saúde realizado na Atenção Primária à Saúde. As entrevistas serão gravadas e permanecerão sob nossos cuidados por cinco anos, sendo as respostas utilizadas apenas para os fins desta pesquisa. Não haverá nenhum pagamento ou ônus ao município e nem aos entrevistados que serão convidados a participar devendo assinar, caso concordem, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões e reflexões a respeito do vínculo profissional/usuário como tecnologia para o cuidado das pessoas, contribuindo para a consolidação do próprio Sistema Único de Saúde, bem como para o processo de planejamento, avaliação e gestão local da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde.

Garantimos o sigilo da identificação do município, bem como dos participantes e das Unidades de Saúde pesquisadas. Informamos, também, que esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)¹, local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos sobre questões éticas. Em caso de dúvidas, você poderá entrar também em contato conosco².

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização para o uso de fotos tiradas na Unidade em questão na referida pesquisa.

Atenciosamente,

Ludmila Brito e Melo Rocha

Cláudia Maria de Mattos Penna

De acordo,

Nome do Município/Unidade Básica de Saúde: _____

Data: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura e carimbo _____

¹ Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627. Prédio da Reitoria, 7° andar, sala 7018, Bairro Pampulha. Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

² Cláudia Penna (31) 3409-9867 – cmpenna@enf.ufmg.br
Ludmila Rocha (31) 9929-6745 – ludmila_bmrocha@yahoo.com.br

Anexos

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Sr. Secretário de Saúde
Bruno Diniz
Município de Sarzedo - MG

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada **Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários** sob minha responsabilidade, Ludmila Brito e Melo Rocha, e orientação da Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. O referido trabalho é um dos requisitos para aprovação no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem por objetivo compreender o vínculo profissional/usuário no processo de trabalho das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de usuários e profissionais de saúde.


Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja coleta de dados será realizada com os integrantes das equipes de saúde bucal e usuários atendidos por eles que serão observados e convidados a responder perguntas sobre o significado de vínculo, a importância e inserção dele no cuidado das pessoas e a descrever o processo de trabalho cotidiano em saúde realizado na Atenção Primária à Saúde. As entrevistas serão gravadas e permanecerão sob nossos cuidados por cinco anos, sendo as respostas utilizadas apenas para os fins desta pesquisa. Não haverá nenhum pagamento ou ônus ao município e nem aos entrevistados que serão convidados a participar devendo assinar, caso concordem, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.


Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões e reflexões a respeito do vínculo profissional/usuário como tecnologia para o cuidado das pessoas, contribuindo para a consolidação do próprio Sistema Único de Saúde, bem como para o processo de planejamento, avaliação e gestão local da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde.

Garantimos o sigilo da identificação do município, bem como dos participantes e das Unidades de Saúde pesquisadas, e que o início da pesquisa só ocorrerá após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato conosco¹.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Atenciosamente,
Ludmila B. M. Rocha
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 36916


Ludmila Brito e Melo Rocha



Cláudia Maria de Mattos Penna
Escola de Enfermagem - UFMG
COREN-MG - 23.344

De acordo,

Data: 26 de novembro de 2012

Nome do responsável: Bruno Diniz Pinto

Assinatura e carimbo: institucional


Bruno Diniz Pinto
Secretário Municipal de Saúde
SARZEDO - MG

¹ Cláudia Penna (31) 3409-9867 – cmpenna@enf.ufmg.br
Ludmila Rocha (31) 9929-6745 – ludmila_bmrocha@yahoo.com.br

ANEXO B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

ASSUNTO: Parecer projeto pesquisa – Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

TÍTULO: “Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários”

INTERESSADOS: Claudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Ludmila Brito e Melo Rocha

PARECERISTA: Profa. Lenice de Castro Mendes Villela

MÉRITO


Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem de estudo de caso que tem por objetivo compreender o vínculo profissional/usuário no microprocesso de trabalho cotidiano da equipe de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, a ser realizada no município de Sarzedo, região metropolitana de Belo Horizonte. Os sujeitos serão profissionais das equipes de saúde bucal e usuários dos serviços, convidados a participar e que correspondam aos critérios de inclusão pré-determinados. Para a coleta de dados serão utilizados observação livre do cotidiano dos serviços e entrevista com os sujeitos a partir de roteiros semiestruturados, um para os profissionais e outro para os usuários. Os dados serão submetidos à análise de conteúdo. O projeto está bem contextualizado, apresenta fundamentação teórico – metodológica coerente e atualizada, com descrição consistente do propósito da pesquisa. A descrição dos processos metodológicos está bem detalhada e coerente com os objetivos propostos. O projeto de pesquisa apresenta os procedimentos éticos no que se refere ao envolvimento de seres humanos e cronograma viável e coerente com o proposto pelo estudo. Espera-se que o estudo ofereça subsídios para o processo de planejamento, gestão e avaliação da saúde bucal na APS, além de melhorias ao acesso de usuários aos serviços a partir da construção de vínculos com a equipe.

VOTO

Considero ser o estudo viável e interessante para a área de ensino e prática em saúde, sou SMJ da Câmara Departamental do EMI da EEUFMG, pela aprovação do projeto de pesquisa: “Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários” da Professora Claudia Maria de Mattos Penna e da aluna Ludmila Brito e Melo Rocha.

Aprovado em reunião da Câmara
Departamental do EMI 12/11/2012


Profa. Lenice de Castro Mendes Villela
Relatora


Prof.ª Clara de Jesus Marques Andrade
Chefe do Depto de Enfermagem Materno
Infantil e Saúde Pública EEUFMG
Insc. UFMG: 11295X

Belo Horizonte, 12 de novembro de 2012

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE -11705112.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de dezembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Vínculo no processo de trabalho cotidiano entre equipe de saúde bucal e usuários**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG