

A medicalização na prática de dentistas no SUS: um olhar qualitativo para os sentidos da prática

Dentistry medicalization at SUS: a qualitative practice-based perspective

Célia Regina Sinkoc^a

 <https://orcid.org/0000-0002-5225-4892>
E-mail: celia.sinkoc@hotmail.com

Jaqueline Vilela Bulgareli^b

 <https://orcid.org/0000-0001-7810-0595>
E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com

Brunna Verna Castro Gondinho^c

 <https://orcid.org/0000-0002-1061-4407>
E-mail: bvernagondim@hotmail.com

Pedro Augusto Thiene Leme^d

 <https://orcid.org/0000-0003-3894-3189>
E-mail: pedroleme3@gmail.com

Cristiane Spadacio^d

 <https://orcid.org/0000-0002-4582-3540>
E-mail: cris.spadacio@gmail.com

Júlia Vitório Octaviani^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6143-1280>
E-mail: crjulia@hotmail.com

Karine Laura Cortellazzi^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9584-9477>
E-mail: karinela@unicamp.br

Rosana de Fátima Possobon^a

 <https://orcid.org/0000-0001-6179-3030>
E-mail: possobon@fop.unicamp.br

Luciane Miranda Guerra^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7542-7717>
E-mail: lumiranda1302@gmail.com

^a Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Piracicaba, SP, Brasil.

^b Universidade Federal de Uberlândia Faculdade de Odontologia. Uberlândia, MG, Brasil.

^c Universidade Estadual do Piauí. Faculdade de Odontologia e Enfermagem. Teresina, PI, Brasil.

^d Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este artigo explora sentidos e significados do trabalho odontológico no SUS, no contexto da relação profissional-paciente. Pesquisa qualitativa com 20 cirurgiões-dentistas que atuavam em um município paulista de médio porte, abordada por meio de três grupos focais, com a pergunta disparadora “Qual é o sentido ou significado do seu trabalho, aqui na prefeitura, para você?”. O material foi áudio-gravado, transcrito na íntegra e analisado pelo método de análise de conteúdo temática. Procedemos a realização de leitura flutuante, categorização e discussão dos achados junto aos pares de pesquisadores para validação final. Como resultados, aponta-se a construção das categorias 1) **Estranheza às necessidades percebidas pelos pacientes e a consequente medicalização da vida**, e 2) **Poder e consumo como significados da prática**. O trabalho do cirurgião dentista, nesse contexto, evidenciou as diferenças entre as necessidades percebidas pelo paciente e aquelas que o dentista considera. Além disso, revelou o poder que emana da assimetria entre paciente e profissional como dificultador da produção de autonomia do paciente. Tais significações parecem trazer sofrimento para esses profissionais no seu trabalho. Concluiu-se que há necessidade de reflexão sobre o trabalho em saúde como forma de se evitar sofrimento, e que a prática desses dentistas é carregada de sentidos e significados.

Palavras-chave: Medicalização; Pesquisa Qualitativa; Relações Dentista-Paciente; Saúde Pública.

Correspondência

Júlia Vitório Octaviani

Av. Limeira, 901 – Areião. Piracicaba, SP, Brasil. CEP: 13414-903

Abstract

This study explores the senses and meanings attributed to dental work in the Brazilian National Health System (SUS) focusing on dentist-patient relations. A qualitative research was conducted with 20 dentists working in a medium-sized municipality in São Paulo, divided into three focus groups and asked the guiding question “What sense or meaning do you attribute to your work here in the city?” Data were audio-recorded, fully transcribed, and analyzed using thematic content analysis. Floating reading, categorization, and peer discussion of the findings were performed for the final validation, resulting in two categories: 1) **Strangeness to patients’ needs and the subsequent medicalization of life,** and 2) **Power and consumption as meanings of practice.** In this context, the dental practices showed the differences between patients’ needs and those considered relevant by dentists. It also showed the power imbalance between patients and professionals as a hindrance to patients’ autonomy. Such meanings seem to cause suffering to these professionals. In conclusion, reflections on health work are paramount to avoid suffering and understand that the practice of these dentists bears many senses and meanings.

Keywords: Medicalization; Qualitative Research; Dentist-Patient Relations; Public Health.

Introdução

No contexto da biomedicina, paradigma preponderante nos serviços de saúde tradicionais, as tecnologias empregadas, como diagnóstico, categorização de doenças, uso de medicamentos industrializados, exames e procedimentos, acabam produzindo graus de medicalização (Cardoso, 2014; Tesser, 2006). Tais práticas tendem a reduzir o coeficiente de autonomia da sociedade e aumentar seu grau de dependência para lidar com a enfermidade, a dor e a morte (Illich, 1975; Santos, 2002). E essa racionalidade tem forte expressão na odontologia, área permeada pelo uso de tecnologias duras, cujo exercício historicamente se deu centrado na doença e nos procedimentos, assim como ocorre atualmente.

É uma racionalidade que leva o profissional de saúde que a ela adere a assumir - consciente ou inconscientemente - uma posição hierárquica diante da doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente. Essa relação gera domínio e poder de parte do profissional de saúde e, conseqüentemente, anulação da autonomia do paciente.

Essa lógica, contudo, tem se mostrado insuficiente para abordar o processo saúde-doença de maneira integral. Um de seus limites está precisamente no relacionamento profissional-paciente, na maioria das vezes superficial e alheio aos sentidos, significados e afetos. E isso não é diferente quando se pensa na relação dentista-paciente. Assim, a forma biomédica de lidar com a realidade complexa mostra-se, nesse sentido, reducionista (Cardoso, 2014).

O processo de ampliação de objeto da medicina precedeu a explosão do fenômeno da medicalização, ocorrido a partir do início do século XX. Ao adentrar o espaço social pela primeira vez, a medicina preparou o terreno que possibilitou o exercício biopolítico da medicalização (Foucault, 1984a), que pode ser entendida tanto como um fenômeno de intervenções médicas com vistas à produção da salubridade, quanto por uma extrapolação irrestrita da ciência médica aos demais aspectos da vida dos indivíduos, isto é, uma ideia de que não haveria fenômeno que não pudesse ser descrito pela relação do corpo com a medicina.

Na odontologia, escopo desta pesquisa, não foi diferente. Desenvolveu-se um sistema formal de

conhecimento baseado no paradigma biomédico, ainda que seu foco tenha permanecido na atividade mecânica ou protética (Carvalho, 2006), tendo também a medicalização como um dos potenciais efeitos de sua prática. A própria diferenciação da odontologia, como uma área específica dentro dos saberes e práticas associados à saúde, pode ser entendida como uma manifestação de medicalização, considerando a especialização técnica, característica da modernização do mundo (Tesser; Pezzato; Silva, 2015), o que, “[...] com o uso de equipamentos de alta sofisticação, lócus urbanocêntrico, exclusão de práticas alternativas e essencialmente tratamentos curativos [...]” (Emmerich; Castiel, 2009, p. 97), tornou-se sinônimo de padrão de boa qualidade.

Ao longo dos anos, a inserção da odontologia no sistema público de saúde brasileiro foi marginal, voltada para escolares e populações pobres (Freitas, 2007), assim a apropriação de ferramentas para a atuação no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, demanda um esforço redobrado nesse campo.

Esta pesquisa parte do pressuposto de que os cirurgiões-dentistas atribuem sentidos e significados ao trabalho que exercem no contexto do setor público, e que estes podem revelar como se manifestam os fenômenos da medicalização e as relações de poder nesse enquadre. O objetivo deste estudo, portanto, foi conhecer os sentidos e significados que o dentista atuante numa rede pública de saúde tem do seu próprio trabalho.

Métodos

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número de CAAE 54300715.8.0000.5418.

Nesta investigação, foi utilizada a abordagem da pesquisa qualitativa, que possibilita a compreensão da realidade num espaço mais profundo das relações e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à quantificação de variáveis (Minayo et al., 1998).

A amostra exaustiva (Fontanella; Ricas; Turato, 2008) foi composta por 20 cirurgiões-dentistas que atuavam na Estratégia Saúde da Família e no Centro de Especialidades Odontológicas de um município paulista de médio porte e que aceitaram participar.

Considerando que o estudo explora percepções de sujeitos atuantes num mesmo contexto, que desempenhavam a mesma função, e que a interação poderia enriquecer os resultados expondo consensos e contradições, adotou-se, para a coleta dos dados, o método de grupos focais (GF). O GF é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação, cujo objetivo é obter informações detalhadas acerca da compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre determinado tema (Kitzinger, 2000).

Foram realizados três GF com observação participante, que duraram cerca de 50 minutos cada, em três períodos diferentes, composto por seis a oito sujeitos. A pergunta disparadora foi: *Qual é o sentido ou significado do seu trabalho, aqui na prefeitura, para você?* O material foi áudio-gravado, transcrito na íntegra e apreciado pelo método de análise de conteúdo (Minayo, 1998). Assim, após leitura flutuante, elaboração de comentários e impressões emergentes, foram construídas as categorias posteriormente discutidas e validadas entre pares.

Consideramos a pesquisadora principal, tanto no relato quanto no serviço de saúde, como observadora implicada e participante, uma vez que exerceu função de trabalhadora e pesquisadora. Durante a execução dos grupos, manteve-se como anotadora, e não como condutora dos grupos.

Também foi construído um diário de campo, no qual a pesquisadora anotou suas impressões acerca das reações dos participantes no grupo, do “não dito”, das expressões não verbais e demais atitudes concernentes ao assunto, captadas por sua observação.

Resultados e discussão

A partir dos grupos focais e dos dados de observação participante registrados durante a condução dos GF, duas categorias analíticas principais foram elencadas para discussão: Categoria 1 - Estranheza às necessidades percebidas pelos pacientes e a consequente medicalização da vida; Categoria 2 - O poder simbólico e a sua assimetria percebida nas relações sociais.

Categoria 1 – estranheza às necessidades percebidas pelos pacientes e a consequente medicalização da vida

Nas falas dos dentistas, ficaram evidentes as diferenças entre as necessidades percebidas pelo paciente e aquelas que o dentista considera. E, diante dessas diferenças, os dentistas manifestam estranheza e perplexidade, reforçando a distinção na relação paciente-profissional de saúde.

Contemporaneamente, o saber é considerado uma forma de poder e racionalismo. Nesse contexto, o elemento estranho logra oferecer uma resistência contra a razão e a normatização. “Estranho” e “estranheza” são categorias semanticamente ligadas ao outro, à alteridade (Melo, 2011). Isso explica a dificuldade demonstrada pelos dentistas neste estudo em acessar o outro, no caso o paciente, na medida em que ele lhe apresenta algo “estranho”, ou seja, que pode fugir à racionalidade imposta pela objetividade do saber científico.

Desde o surgimento da racionalidade médica moderna, um processo de objetivação de saberes e práticas vem ocorrendo, de modo a exaltar a objetividade da doença com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades (Luz, 1988).

O saber científico estruturado por essa objetividade é o que dita a desigual relação de poder entre profissional de saúde e paciente. Contudo, a presença de subjetividades, ou de outros elementos que a racionalidade e a objetividade não explicam, permeia essa relação, esvaziando o poder antes constituído pelo saber científico.

Ele vai passar com cinco dentistas e o quinto vai extrair! E ele vai ficar satisfeito! Então, às vezes, nem sempre o que pra você é o melhor, é o melhor pro paciente! (D13)

Às vezes cê fala pro paciente: Ah, não tem esse remédio! Cê tem que comprar! Mas é baratinho!!! (e o paciente responde) Quanto, Doutora? (e o dentista) Ah, é 20! Falou: 20? Eu não tenho!!! Então, assim, é uma coisa assim, tão absurda pra gente, a gente [...].(D13)

O dentista, portador de valores próprios (como conceito de “caro ou barato”, baseado no poder de compra que ele, dentista, tem) e até mesmo em valores exclusivos do campo odontológico (como a importância da perda dental), marca uma posição que assegura uma distância social frente aos usuários. Os usuários, no contexto dos serviços públicos, são frequentemente aqueles que são excluídos de certo padrão de consumo (Bourdieu; Wacquant, 1992). Um dos pressupostos para essa legitimidade social é a ciência (aqui praticada segundo o modelo biomédico), por meio da suposta “autoridade odontológica”, científica, produtora da verdade (Barros, Wimmer, Botazzo, 2007).

As diferenças marcadas pelos lugares sociais que ocupam dentista e paciente podem gerar estranheza entre eles, o que “é um processo através do qual uma coisa ou pessoa é retirada de seu próprio contexto e submetida a um contexto desconhecido, não-familiar, ou diferentemente estruturado daquele original” (Ritter; Gründer; Gabriel, 1972, p. 509).

São exemplos dessa estranheza os elementos subjetivos, as questões sociais com as quais os saberes puramente técnicos não conseguem lidar, e tudo o mais que fuja a um padrão pré-estabelecido e estritamente objetivo de problemas e soluções. Ou seja, há um desconforto em lidar com a estranheza por parte das ciências que visam à objetividade que reside, a priori, no fato da experiência com o estranho ser incerta e singular (Melo, 2011).

Quando a referência de cuidado é o modelo biomédico, o processo saúde-doença é reduzido à sua dimensão biológica, de forma que se torna difícil, para os profissionais, compreender demandas desajustadas a essa racionalidade (Barros; Wimmer; Botazzo, 2007). Esses desajustes são interpretados como ruídos no cotidiano dos serviços e acontecem no espaço de intersecção das tecnologias leves (Merhy; Franco, 2003), que se caracterizam por aquelas essencialmente relacionais, estabelecidas no encontro entre o usuário e o trabalhador, ou seja, no encontro entre duas visões de mundo.

A falta de higiene...Quando eu fazia as extrações, consequentemente me trazia o paciente de volta com quadro agudo. A partir dali, eu comecei a ter como medida profilática a prescrição de antibiótico.

E zerou. Zerou completamente! Então, eu passei a não confiar na higienização oral do paciente, pelo fato de já conhecer o histórico dele [...]. Então, quando eu vejo um indivíduo com o quadro de higiene lá [...] questionável, tal, essa é a atitude que eu tomo, já me preservando do desagradável reencontro do indivíduo com o odor decorrente daquela cirurgia que eu fiz! (D1)

Tão clara quanto a dificuldade do usuário em exercer o autocuidado é a dificuldade do profissional no manejo dessa questão. É mais simples e mais fácil ao profissional lançar mão de tecnologias não relacionais. A medicalização está a seu dispor e o conhecimento sobre ela é objetivo, racional, prescritivo e normativo. Já o manejo de uma questão humana, como a dificuldade de seguimento de uma orientação, pode carregar consigo desafios que exijam esforços para os quais o profissional não se sente competente, já que lhe são estranhos. Motivar o paciente para mudança de hábitos, por exemplo, requer entender as dificuldades que ele tem em seguir as orientações; ter tempo e disposição para acolhê-lo, vincular-se a ele; ou seja, ir além da racionalidade biomédica.

Esse apelo prioritário às tecnologias duras e leve-duras (não relacionais) tem levado as pessoas a consumirem cuidados profissionais muitas vezes desnecessários frente a situações corriqueiras da vida, empobrecendo a administração autônoma de sofrimento e dor (Illich, 1975; Tesser; Pezzato; Silva, 2015).

Nesse sentido, os sujeitos pesquisados preterem o fato de que a medicalização é um processo que influencia tanto a percepção popular de que “tudo é demanda profissional”, quanto a sua própria “postura” de tutela, cerceando a autonomia das pessoas. E o prejuízo disso é duplo: para as pessoas tuteladas (os pacientes), que perdem autonomia, e para os profissionais, que se sobrecarregam e se frustram.

Às vezes, eles vêm a gente como uma tábua de salvação e nem sempre a gente dá conta disso! E, às vezes, a gente se frustra um pouco com isso, porque não consegue, né, dar conta da demanda!

Às vezes eu acho que eles depositam bastante expectativa na gente! (D15)

Se, por um lado, o dentista faz escolhas em nome do usuário tutelando-o, por outro, quando recebe demandas relacionadas a essa tutela, sente-se preso no modelo de produção medicalizante que o rodeia. Nesse sentido, o próprio modelo biomédico estimula os profissionais de saúde a um comportamento cartesiano de polarização entre o “observador” e o “objeto observado” (Barros; Wimmer; Botazzo, 2007).

Eu acho que virou um paternalismo tão grande que nós ficamos reféns. [...] eu acho que é passado tanto a mão na cabeça dos pacientes. [...] Ah, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo! Vai na casa! Você faltou, a vacina está atrasada. (D2)

Faltou, leva o encaminhamento. (D8)

Essa postura de tutela do profissional com o paciente, aliada à fragmentação do cuidado - característica do paradigma biomédico - diminui as possibilidades de uma oferta de respostas satisfatórias para os problemas e necessidades de saúde, sobretudo quando são levados em conta os componentes subjetivos dessa relação.

Como consequência, percebe-se claramente o descontentamento do profissional e a frustração de suas expectativas.

Esse cenário, composto de estranhezas que levam ao consumo - geralmente medicalizante - de tecnologias, é ainda mais acentuado quando é considerado o contexto demográfico e epidemiológico atual, em que, em virtude do envelhecimento populacional e das doenças crônicas, há uma pressão por comportamentos preventivos. Isso estimula a dependência dos pacientes em relação aos profissionais, além de induzir à culpabilização dos indivíduos por suas doenças e agravos. A culpabilização, aqui, é um mecanismo pelo qual as pessoas são (e se sentem) responsáveis por sua doença, o que esconde o mal funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos com tais serviços (Valla, 1998).

Os saberes e recursos que viabilizam os comportamentos preventivos e saudáveis estão, muitas das vezes, fora do alcance para grande parte

da população. Nesse fenômeno, colateralmente ocorre a medicalização de eventos que, na verdade, são fisiológicos (Illich, 1975); por exemplo: extração desnecessária de dentes decíduos, check-ups periódicos, procedimentos de limpeza desnecessários, entre outros. Da mesma forma, é reforçada uma obsessão por temas de saúde, beleza, perfeição e juventude, associados ao corpo. É a “higiomania moderna”, que se traduz pela compulsão de ser saudável, de controlar riscos sempre (Nogueira, 2001).

A despeito da utilidade comprovada de medidas preventivas em saúde, associadas ao estilo de vida, é preciso fazer crítica ao “preventivismo” como estratégia prioritária de saúde pública. Não obstante, com pouco impacto social, acaba reiterando o protagonismo do mercado como recurso para as doenças e para o sofrimento (Cordón; Garrafa, 1991). Assim, o reducionismo biológico - no qual não se encaixam as questões subjetivas, estranhas ao modelo biomédico - é considerado um dos motores da medicalização, ao lado dos valores propagados por indústria, mídia e comércio (Tesser, 2010).

Categoria 2 – poder e consumo como significados da prática do dentista

A população tá num grau de exigência muito alto. Como se dissessem “eu pago o seu salário”. Perdeu-se o respeito! (D8)

Esse “grau de exigência do usuário”, que parece surpreender o profissional, pode ser analisado à luz de Bourdieu, que explica que “o poder está em toda parte, inclusive o poder simbólico, que é invisível e só pode ser exercido com a cumplicidade dos sujeitos que estão a ele submetidos” (Bourdieu, 1989, p. 7-8). Segundo esse autor,

[...] a comunicação envolve relações de poder, que dependem da forma, conteúdo, poder material e poder simbólico acumulados pelos agentes. Ocorre uma relação de disputa simbólica entre os diferentes agentes, para impor a definição de mundo social conforme seus interesses. (Bourdieu, 1989, p. 11)

É da relação de poder, das distinções, que emergem os valores de cada parte.

Eu já tive paciente, você olha assim o celular, mais caro que o seu! É melhor que o seu! Mas a boca, você olha e a pessoa tá sem dente, sem o incisivo central. Até olhei pra menina, falei: Que celular, hein? (e a paciente responde) Ah... Comprei em 15 vezes. Eu falei: Ah... Sei! Então, você precisa fazer coroa nesse, nesse e nesse! (e ela responde) Não tenho dinheiro! É questão cultural, uma menina bonita, nova! (D15)

E bolsa família, todo mundo lá do “bolsa”, minha unidade, tem um monte de lá. Todas com celular! Aquelas mães, com os bebês, já dois, três, mães supernovas, com o celular! E, às vezes, percebe que elas deixam um pouco de olhar pro filho. E as crianças lá, jogando água do bebedouro no chão. (D14)

Percebe-se uma certa indignação, subjacente às falas acima, que se relaciona com as escolhas dos pacientes tenderem ao consumo de bens materiais, ao invés da aquisição dos serviços de saúde bucal de que necessitam. Não se percebe, contudo, igual indignação pelo fato de o paciente não ter acesso gratuito a tais serviços (como certos tipos de próteses) pelo SUS, já que ele - paciente - é o contribuinte que “sustenta” o SUS.

É como se o paciente fosse “culpado” por possuir certos bens de consumo que, supostamente, deveriam ser exclusivos de pessoas de um certo estrato social (como aquele em que se situam os dentistas). Essa indignação é um modo segundo o qual o poder opera. Foucault ressalta que: “para compreender o poder é preciso que nos remetamos à análise de seu funcionamento diário, ao nível das micro práticas, das tecnologias políticas onde nossas práticas se formam” (Dreyfus; Rabinow, 1984, p. 203). E, nesse sentido, quando um usuário procura um profissional de saúde, inclusive o dentista, ele projeta uma demanda de alívio, diminuição de dor, sofrimento, orientação, zelo ou solução, ainda que parcial, para seus problemas. O profissional é, portanto, o detentor do poder de resolução do problema em questão. Essa inevitável e natural assimetria de poderes e saberes é, além

de tudo, exercida num *modus operandi* bastante peculiar nesse caso, pois a odontologia privilegia, tradicionalmente, uma abordagem individual, prescritiva e, ainda, hermética no que diz respeito aos processos de trabalho do profissional.

Ao longo dos anos, a inserção da odontologia no sistema público de saúde brasileiro foi marginal, voltada para escolares e populações específicas (Narvai, 2006). A apropriação de ferramentas para a atuação no contexto atual do SUS, portanto, demanda um esforço redobrado nesse campo. Então, do ponto de vista das práticas no dia a dia, da micropolítica do trabalho do dentista, das relações com os cenários de vida dos pacientes (ou melhor, do distanciamento do dentista desses cenários), pode-se pensar que essas são favorecedoras de uma prática pouco compreensiva sobre as escolhas dos pacientes e, portanto, uma prática que se faz autoritária no que tange aos valores que supostamente o paciente deveria ter. Isso é um exercício de poder, que nos parece “autorizado” pela prática, pelo uso das tecnologias disponíveis e pela formação do profissional.

Grandes conquistas se deram pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, desde a década de 1970, para se organizar um sistema de saúde público e universal que garantisse a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Apesar disso, ainda hoje é patente a distância dos profissionais de saúde ao sujeito que demanda cuidados, bem como as grandes diferenças na forma de pensar dos usuários e dos trabalhadores e gestores da saúde. Isso tem ocasionado uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão (Batista; Gonçalves, 2011).

Nesse sentido, é fundamental refletir sobre uma clínica odontológica que se utilize das tecnologias leves – aquelas baseadas nas relações – e que tenha as subjetividades como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde (Graff; Toassi, 2017). Entretanto, a produção do cuidado numa perspectiva ampliada da clínica, tendo como centro o paciente na sua complexidade biopsicossocial, mais do que um modelo de produção, é uma postura ética, política e filosófica de cuidar do outro. Espera-se que todo dentista tenha tal postura. Mas o modo de produção do cuidado de cada profissional de saúde está

relacionado com suas subjetividades na realização do seu trabalho. Quando focado exclusivamente em protocolos técnicos de assistência, o trabalho em saúde bucal faz com que os profissionais interajam pouco com as pessoas, desconhecendo suas histórias de vida. A ação cuidadora – nesse caso refém do mecanicismo terapêutico – ocorre em detrimento da escuta qualificada e passa a orientar a clínica pela doença. O contraponto disso se daria por uma situação de cuidado permeável para profissional e usuário, o que traria o encontro das subjetividades (Barros; Wimmer; Botazzo, 2007). O esforço de mudança da prática profissional na direção do cuidado centrado na pessoa e não na doença, na valorização das subjetividades e no compartilhamento das decisões entre profissional e usuário vem sendo feitos há décadas. No entanto, é preciso ressaltar que todos os currículos da graduação, bem como os de pós-graduação, de educação permanente e de formação de professores universitários deveriam incluir bases teóricas, oportunidade de vivências e simulações clínicas com foco nas tecnologias leves-relacionais (Graff; Toassi, 2017).

Tangenciando essa questão, outra manifestação surgida nos grupos foi relacionada à distinção entre profissionais e pacientes pela questão financeira:

Sabe, eu posso comprar. [...] Ah, eu acho que não tem preço e muito pouca gente tem isso, né?! No nosso país! Muito pouca gente! A gente é muito diferenciado e, às vezes, a gente esquece disso! A gente é muito diferenciada! (D14)

Numa sociedade capitalista, a realização dos profissionais tem relação com recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado. A remuneração adequada é parte da satisfação do trabalhador, que é social e historicamente definida (Pires, 1996).

Entretanto, o desempenho profissional nem sempre guarda uma relação direta com o valor da remuneração recebida. Além da recompensa material do trabalho, emerge a questão do prazer do consumo, a realização pessoal relacionada a “comprar coisas”. Isso nos remete ao referencial do poder simbólico (Bourdieu, 1989) que se relaciona com a dominação econômica, por meio de um poder de construção da

realidade com opiniões e pensamentos que permitem o estabelecimento de distinções sociais que, de certa forma, exacerbam a assimetria de poder nas relações sociais e, no limite, na relação profissional-paciente.

A dureza e a concretude do contexto de trabalho analisado, seus conflitos, angústias e relações, tornam a prática clínica complexa, por vezes insuportável para quem a pratica. Diante disso, a produção do cuidado tem como desafio a aquisição de uma nova ética, considerando questões objetivas e subjetivas.

Considerar o protagonismo da relação interpessoal, valorizando no outro suas particularidades, individualidades e emoções, são pressupostos de um cuidado em saúde bucal, nesse contexto (Ferreira, 2002). Entretanto, é preciso não perder de vista os condicionantes gerais que atuam sobre a sociedade, bem como sua produção simbólica, que impactam diretamente na relação profissional-paciente.

Considerações finais

Os pressupostos iniciais foram desenvolvidos possibilitando ampliar a compreensão sobre sentidos e significados da prática profissional, os quais são carregados de tensões na relação profissional-paciente, atreladas ao paradigma biomédico, ao fenômeno da medicalização e do poder que subjaz às relações assimétricas entre profissional e paciente.

Os significados e sentidos aqui atribuídos ao trabalho parecem ricos de elementos que deveriam ser melhor refletidos e elaborados pelos próprios profissionais, num esforço entre gestão e trabalhadores para a qualificação do trabalho e, conseqüentemente, para o bem estar dos profissionais.

Referências

BARROS, R. S.; WIMMER, G. F.; BOTAZZO, C. Saúde Bucal e Práxis no Cotidiano dos Serviços de Saúde. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, [s.l.], n. 41, p. 18-21, 2007.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400007

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. The logic of fields. In: BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1992. p. 94.

CARDOSO, R. V. *Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família*. 2014. 267 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2014.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006. DOI: 10.1590/S0104-59702006000100004

CORDÓN, J.; GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. *Divulgação em saúde para debate*, [s.l.], n. 6, p. 10-16, out 1991.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária. p. 203.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas? odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2009. DOI: 10.1590/S0104-59702009000100006

FERREIRA, M. A. As correntes teóricas e práticas das dimensões do cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 75-78, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 79-98.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 25-38, 2007. DOI: 10.1590/S1414-32832007000100004

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Revista da Abeno*, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.516

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.164.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care*. London: BMJ Books, 2000. p. 21-31.

LUZ, M. T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MELO, S. V. de. Alienação (Entfremdung) e estranheza (Fremdheit): dois paradigmas culturais do ocidente. *Pandaemonium Germanicum*, São Paulo, n. 17, p. 1-24, 2011. DOI: 10.1590/S1982-88372011000100002

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. S (Org.) et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1998.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000400019

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. M; PRADO, E. V. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.

PIRES, D. E. P. *O processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais*

na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Ciências Humanas.) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

RITTER J.; GRÜNDER, K.; GABRIEL, G. (Org.). *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Basel: Schwabe, 1972.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006. DOI: 10.1590/S1414-32832006000200006

TESSER, C. D. (Org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

TESSER, C. D.; PEZZATO, L. M.; SILVA, E. N. da. Medicalização social e odontologia: possíveis aproximações. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1349-1361, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015136108

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000600002

Contribuição dos autores

Célia Regina Sinkoç: Participou da concepção do projeto da pesquisa, grupos focais, análise de conteúdo das falas e elaboração do artigo. Jaqueline Vilela Bulgareli Participou dos grupos focais, análise de conteúdo das falas e elaboração do artigo. Brunna Verna Castro Gondinho Participou dos grupos focais, análise de conteúdo das falas e elaboração do artigo. Pedro Augusto Thiene Leme: Participou da análise de conteúdo das falas e elaboração do artigo. Cristiane Spadacio: Participou da análise de conteúdo das falas e elaboração do artigo. Júlia Vitória Octaviani Participou da redação do artigo e revisão crítica. Karine Laura Cortellazzi: Participou da concepção do projeto da pesquisa e da revisão crítica do artigo. Rosana de Fátima Possobon: Participou da concepção do projeto da pesquisa e da revisão crítica do artigo. Luciane Miranda Guerra: Orientou toda a pesquisa, participou da análise de conteúdo das falas e da elaboração do artigo.

Recebido: 29/5/2023

Reapresentado: 29/5/2023

Aprovado: 16/6/2023