

O dentista ‘sem motor’: cuidado em saúde bucal no SUS durante a pandemia de covid-19

The dentist ‘without high-speed instruments’: Oral health care in the SUS during the COVID-19 pandemic

Luís Fernando Nogueira Tofani¹, André Luiz Bigal¹, Fernando Tureck¹, Rosemarie Andreazza¹, Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/2358-289820241439393P

RESUMO Este estudo analisa como o contexto da pandemia de covid-19 afetou o cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo. Foi realizado em duas etapas: questionário estruturado on-line direcionado a secretários municipais de saúde e entrevistas abertas com 33 gestores, 19 coordenadores de serviços de saúde e 7 trabalhadores do SUS, em duas Regiões de Saúde. Os resultados são apresentados e discutidos em três momentos – suspensão das atividades, reconfiguração do trabalho do dentista durante a pandemia, processo de retomada dos atendimentos – e analisados à luz dos conceitos de saúde bucal coletiva, bucalidade, cuidado em saúde, processo de trabalho em saúde, interprofissionalidade, clínica ampliada, integralidade e processo instituído-instituinte. O contexto pandêmico emerge como um momento analisador para reorientação das práticas de cuidado em saúde bucal e permite refletir sobre a necessidade de se ampliar a clínica e a atuação dos cirurgiões-dentistas para além do consultório e dos procedimentos odontológicos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Assistência integral à saúde. Covid-19. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study analyzes how the COVID-19 pandemic context affected oral health care in the Unified Health System (SUS) in the state of São Paulo. It was carried out in two stages: an online structured questionnaire aimed at municipal health secretaries and open interviews with 33 managers, 19 health service coordinators, and 7 SUS workers, in two Health Regions. The results are presented and discussed in three moments—suspension of activities, reconfiguration of the dentist’s work during the pandemic, process of resuming care—and analyzed according to the concepts of collective oral health, bucallity, health care, health work process, interprofessionality, amplified clinic, comprehensive health care, and instituted-instituting process. The pandemic context emerges as an analytical moment for reorienting oral health care practices and allows us to reflect on the need to expand the clinic and the work of dental surgeons beyond the office and dental procedures.*

KEYWORDS Oral health. Comprehensive health care. COVID-19. Unified Health System.

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
luis.tofani@gmail.com



Introdução

A partir de 2004, há uma nova resposta estatal aos problemas de saúde bucal da população brasileira, com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, cujos componentes prioritários foram a expansão das Equipes de Saúde Bucal na atenção básica (ESB) e a organização da atenção especializada¹. Observa-se, então, crescente ampliação da oferta e da cobertura potencial de serviços odontológicos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Especialidades Odontológicas², alcançando o Brasil, em julho de 2024, o quantitativo de 40.839 ESB³.

A ampliação do acesso e da cobertura não se traduziu, necessariamente, em transformações nas práticas de cuidado em saúde bucal, ainda que a ESF tenha induzido modificações nos modelos de atenção e nos processos de trabalho adotados pela odontologia⁴. Estudos recentes demonstram a manutenção de uma concepção hegemônica doença-centrada da saúde para o modelo de atenção à saúde bucal, apesar de avanços na compreensão dos conceitos de integralidade do cuidado^{5,6} e de bucalidade, compreendida como expressão dos trabalhos sociais que a boca humana realiza – a mastigação, a linguagem e a erótica –, que são o funcionamento dela, sua fisiologia própria e permanentemente encoberta⁷.

O desafio se torna ainda maior, a partir de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara emergência sanitária internacional devido à pandemia de covid-19, infecção causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, com rápida disseminação entre seres humanos em diversos países⁸. As limitações impostas pelas medidas de isolamento social e a necessidade de atendimento a uma demanda crescente e desconhecida levou a transformações nas práticas em saúde durante o período pandêmico, com especial impacto nas ações de saúde bucal, que sofreram restrições para realização de atendimentos e procedimentos,

principalmente no uso de instrumentos rotatórios de alta rotação com *sprays* que geram aerossóis⁹. Estudos identificaram contingências e redução do acesso à saúde bucal no período¹⁰⁻¹², mas não o impacto no processo de trabalho dos profissionais. Esta pesquisa tem por objetivo analisar como o contexto da pandemia de covid-19 afetou o cuidado em saúde bucal no SUS no estado de São Paulo.

Material e métodos

O artigo foi produzido a partir de uma pesquisa desenvolvida com o propósito de analisar as produções, invenções e desafios na gestão do cuidado implementadas pelas redes de atenção à saúde no estado de São Paulo para o enfrentamento da pandemia de covid-19. Trata-se de estudo de natureza quali-quantitativa, caracterizado como estudo de casos múltiplos, que envolve mais de um caso e tem potencial para proporcionar um estudo mais aprofundado, pois utiliza múltiplas fontes de evidências¹³. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas.

Na fase 1, buscou-se identificar as ações e estratégias desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) no enfrentamento da pandemia de covid-19 por meio de um questionário estruturado a partir de quatro eixos: Gestão, Vigilância, Assistência à Saúde e Vulnerabilidades. Foi direcionado às 645 SMS do estado de São Paulo e continha 39 questões, sendo 38 fechadas e uma aberta. Os questionários foram respondidos pelo titular ou por um assessor designado, a partir de formulário eletrônico. O convite enviado por mensagem eletrônica possibilitou o acesso ao questionário por meio de endereço de internet (*link*) gerado pela própria plataforma, cujo preenchimento foi precedido do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As questões de múltipla escolha permitiam uma ou mais respostas. Os dados foram coletados de 24 de novembro de 2021 a 1º de fevereiro de 2022. As respostas dos gestores municipais foram organizadas pelas 63 Regiões de Saúde,

sendo excluídas respostas em duplicidade, considerando-se válida a última postada. Após a análise estatística descritiva de cada eixo, foram realizadas análises combinadas por meio do *software* estatístico STATA.

Para a realização da fase 2 da pesquisa, o campo do estudo foi constituído por duas Regiões de Saúde selecionadas a partir dos resultados da primeira etapa, sendo uma localizada no Interior do Estado (RSI) e outra na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RSRM). A escolha tomou como referência a percepção do grupo de pesquisadores sobre

a relevância, a originalidade e os resultados preliminares das experiências dessas regiões de saúde na fase anterior da investigação, principalmente os dados sobre os arranjos de cuidado em saúde produzidos no contexto da pandemia. Em cada uma das regiões, foram selecionados, a partir dos mesmos critérios, três municípios por porte populacional: pequeno (até 10.000 habitantes – MPP), médio (entre 10.000 e 100.000 habitantes – MMP) e grande (MGP – acima de 100.000 habitantes), cuja caracterização está apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Características gerais das Regiões de Saúde e dos Municípios estudados

Região de Saúde	Número de Municípios por Região de Saúde	População por Região de Saúde (2021)	Municípios Campo da Pesquisa	População por Município (2021)	IDH do Município (2010)	Número de Casos de covid-19 (2020-2023)	Número de Óbitos por covid-19 (2020-2023)
Região de Saúde do Interior (RSI)	8	328.335	Município de Grande Porte	240.542	0,815	66.893	663
			Município de Médio Porte	41.545	0,751	7.630	113
			Município de Pequeno Porte	1.752	0,722	459	5
Região de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RSRM)	11	3.092.717	Município de Grande Porte	1.404.694	0,763	102.475	5.586
			Município de Médio Porte	303.397	0,765	29.441	1.043
			Município de Pequeno Porte	30.465	0,731	2.583	112

Fonte: população estimada no ano de 2021 e IDH calculado para ano de 2010: IBGE^{14,15}. Casos e óbitos por Covid-19: Seade¹⁶.

Realizaram-se nessa fase 29 entrevistas abertas com gestores, coordenadores de serviços de saúde e trabalhadores do SUS (*quadro 2*), abordando questões em profundidade, relativas aos quatro eixos condutores da pesquisa utilizados na fase anterior, utilizando-se de um roteiro formulado coletivamente em reuniões do grupo de pesquisa, a partir da análise dos resultados da primeira etapa. As entrevistas foram realizadas em duas camadas: na primeira, com gestores da 'alta direção' das SMS e dos Departamentos Regionais

(DRS) da Secretaria de Estado da Saúde; na segunda, entrevistaram-se os coordenadores, os gerentes e os trabalhadores de setores e serviços de saúde indicados pela alta direção das SMS e dos DRS. A abordagem foi individual ou em grupos¹⁷, presencialmente nos locais de trabalho dos entrevistados e realizadas pelos próprios pesquisadores, com duração média de 90 minutos, e gravadas mediante aceite e assinatura de TCLE, sendo garantidos sigilo e anonimato.

Quadro 2. Entrevistados na Região de Saúde do Interior (RSI) e na Região de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RSRM), 2022

Entrevista	Data	Campo	Atividade	Número de participantes
E 1	08/06/22	Conselho de Secretários Municipais de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde	Apoio à Gestão	2
E 2	14/07/22	Município de Grande Porte (RSI)	Gestão Municipal	1
E 3	14/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Gestão Regional	5
E 4	15/07/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Gestão Municipal	1
E 5	13/07/22	Município de Médio Porte (RSI)	Gestão Municipal	4
E 6	23/08/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Gestão Regional	7
E 7	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 8	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhadores de Saúde	3
E 9	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 10	22/08/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 11	24/08/22	Município de Médio Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	6
E 12	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 13	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 14	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 15	23/08/22	Município de Grande Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 16	14/07/22	Município de Médio Porte (RSRM)	Gestão Municipal	2
E 17	03/08/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 18	24/08/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	1
E 19	03/10/22	Município de Pequeno Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	2
E 20	19/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSRM)	Gestão Regional	1
E 21	15/07/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSRM)	Gestão Regional	1
E 22	06/07/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	3
E 23	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 24	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 25	05/09/22	Município de Grande Porte (RSRM)	Gestão Municipal	1
E 26	31/05/22	Município de Médio Porte (RSRM)	Coordenação de Serviços de Saúde	3
E 27	07/06/22	Conselho de Secretários Municipais de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde	Apoio à Gestão	2
E 28	24/11/22	Departamento Regional da Secretaria de Estado da Saúde (RSI)	Trabalhador de Saúde	1
E 29	24/11/22	Município de Pequeno Porte (RSI)	Coordenação de Serviços de Saúde	1

Fonte: elaboração própria.

O material foi transcrito, depositado em plataforma digital com acesso restrito e processado no *software* Atlas.ti®, mediante análise de conteúdo temática, sendo realizada codificação por, pelo menos, dois pesquisadores. A partir dos relatórios emitidos, os resultados foram organizados considerando três momentos do enfrentamento da pandemia de covid-19: suspensão das atividades, trabalho do dentista durante a pandemia e o processo de retomada dos atendimentos. Falas dos entrevistados em *verbatim* são apresentadas entre os resultados descritos e as discussões empreendidas.

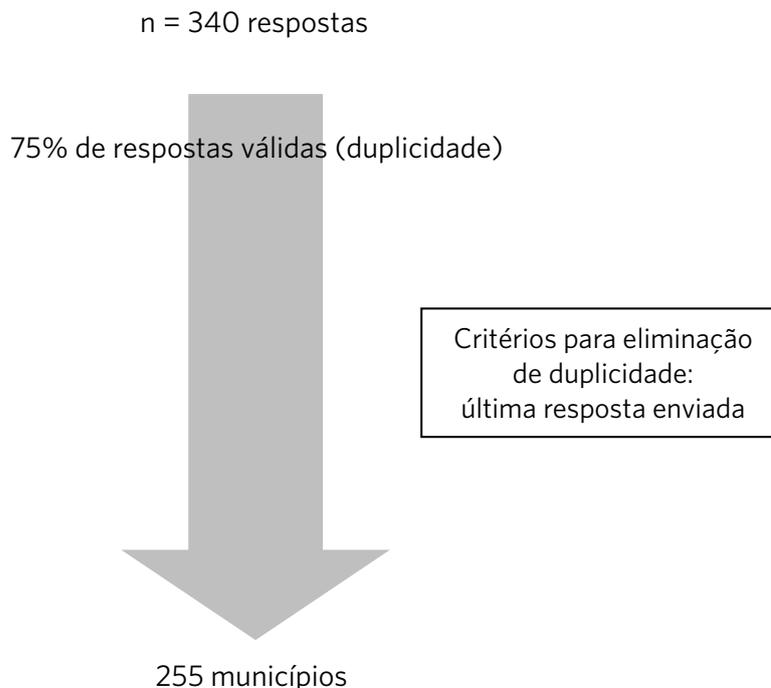
A análise se deu considerando o pluralismo teórico proposto por Ball¹⁸, com caráter indutivo, ou seja, a partir do material empírico, foram pesquisados conceitos e agregados referenciais diversos do campo da saúde coletiva, balizados com a literatura pesquisada sobre a temática do estudo.

Todos os princípios de ética em pesquisa foram cumpridos de acordo com a Resolução n° 466/2012¹⁹ e a Resolução n° 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n° 45679521.6.0000.5505 e Parecer n° 4.737.913.

Resultados e discussão

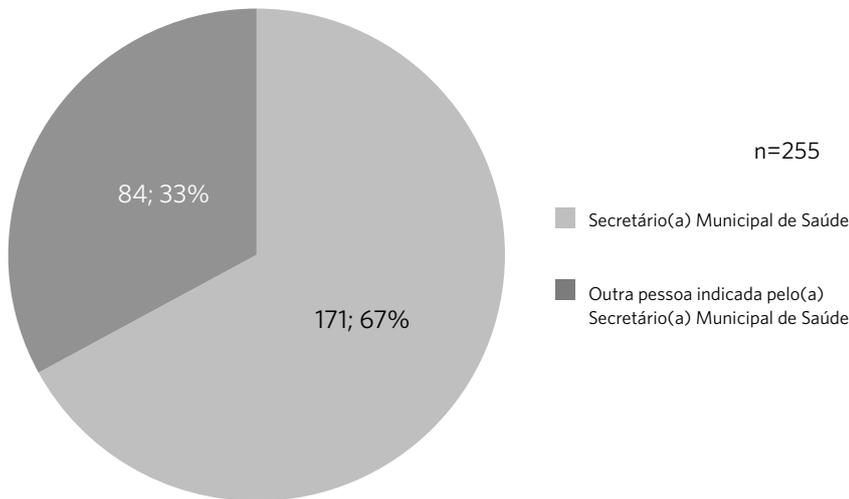
Na fase 1 da pesquisa, foram obtidas 340 respostas das SMS ao questionário. A partir da aplicação dos critérios para eliminação de duplicidade, consideraram-se 255 respostas como válidas, o que corresponde a 39,5% dos municípios paulistas (*figura 1*), sendo que dois terços dos questionários foram respondidos por gestores titulares das SMS, e um terço por assessores designados (*figura 2*), abrangendo todas as 63 regiões de saúde do estado.

Figura 1. Respostas válidas, fase 1. Gestores municipais. Estado de São Paulo. 2022



Fonte: elaboração própria

Figura 2. Respondentes, fase 1. Gestores municipais e designados. Estado de São Paulo. 2022

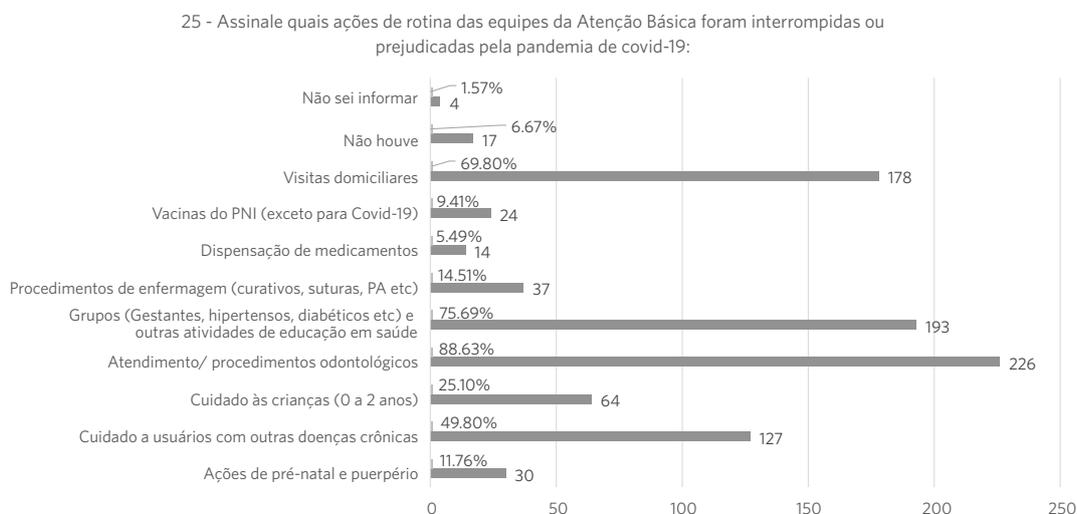


Fonte: elaboração própria

Ao serem provocados a assinalar quais ações de rotina das equipes foram interrompidas ou prejudicadas pela pandemia de covid-19, a partir de um elenco de ações inatas da atenção básica, os respondentes identificaram os atendimentos/procedimentos odontológicos (n =

226; 88,63%), os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e outras atividades de educação em saúde (n = 193; 75,69%) e a realização de visitas domiciliares (n = 178; 69,80%) como aqueles mais impactados, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3. Respostas à questão 25. Gestores municipais. Estado de São Paulo. 2022



Fonte: elaboração própria

A interrupção das visitas domiciliares, dos grupos e atendimentos odontológicos, somada aos prejuízos da assistência a usuários com doenças crônicas, expressa o quanto o cuidado prestado pela atenção básica foi impactado e sofreu perdas e transformações. Ainda que um número significativo de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenha mantido ou aumentado o horário de funcionamento, suas ações de rotina foram prejudicadas com um potencial impacto nas condições de saúde da população, em especial, a assistência à saúde bucal, área com maior indicação de suspensão de atividades pelos gestores municipais.

Na análise das entrevistas realizadas na fase 2 do estudo, foram identificadas 20 citações sobre a saúde bucal no contexto da pandemia. Esse empírico será apresentado e discutido a partir dos três momentos analisadores indicados anteriormente – suspensão/restricção das atividades, trabalho durante a pandemia e a retomada dos atendimentos – e analisado à luz dos conceitos de saúde bucal coletiva, bucalidade, cuidado em saúde, processo de trabalho em saúde, interprofissionalidade, clínica ampliada, integralidade e processo instituído-instituinte.

Por que parou? Parou por quê? Suspensão dos atendimentos eletivos, riscos sanitários e o cuidado possível

A maioria dos entrevistados relata cenários de interrupção dos atendimentos odontológicos durante o período pandêmico:

foi uma classe que abandonou os consultórios [...] não teve atendimento nenhum, em nenhum município [...] eram medicados e liberados, nenhum tratamento odontológico era ofertado. (E3).

Entretanto, essa narrativa de que ‘parou o atendimento’ é relativizada em outras falas em que é relatada a manutenção de atendimentos urgentes: *“a saúde bucal ficou no atendimento emergencial, fazendo só emergencialmente”*

(E2). “Parou. Atendia só urgência” (E18). Na realidade, o que houve foi a suspensão de tratamentos eletivos, medida adotada em diversos países¹¹. No Brasil, Cunha et al.¹² observaram redução de 92,3% na produção dos procedimentos odontológicos não urgentes pelo SUS em 2020, comparando-se com o ano anterior.

Além disso, em todas as situações, houve restrições de procedimentos: *“durante a pandemia, tinha restrições de alguns procedimentos que não podia fazer” (E12).* Especificamente, foram limitados procedimentos odontológicos que geram aerossóis:

[...] esses atendimentos geram aerossóis por conta das canetas de alta rotação. A gente também parou com esses atendimentos. (E23).

[...] nos picos, restringiu no atendimento odontológico o uso de canetas de alta rotação pela geração de aerossol. (E4).

Essas medidas foram regulamentadas, em maio de 2020, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que emitiu nota técnica restringindo os procedimentos odontológicos ao atendimento de urgências e emergências e indicando o uso prioritário de dispositivos manuais ao atender, para evitar a geração de aerossóis²¹.

Tais decisões foram pautadas pelo risco de disseminação da covid-19, doença de transmissão respiratória que se dá pela emissão de aerossol contaminado proveniente da cavidade bucal durante os procedimentos em que se utiliza *spray*: *“deu uma segurada, porque a boca era o maior transmissor” (E8).* Além da proteção aos usuários atendidos, também se justificam tais restrições para a proteção específica dos profissionais de saúde bucal: *“tinha que garantir nesse cenário que os trabalhadores estivessem protegidos daquilo que a gente não sabia” (E17).* Entre os profissionais que mais se expõem aos aerossóis, principal rota de transmissão do vírus, estão o dentista e sua equipe¹¹, também por estarem invariavelmente em contato com a saliva, responsável por boa

parte das infecções pelo Sars-CoV-2^{22,23}. Na prática, essas restrições promoveram transformações, mesmo que temporárias, nas ações de saúde bucal: menos intervenções, menos procedimentos e cuidados menos invasivos.

Não é fato novo que as práticas de saúde bucal no SUS ainda tendem a reproduzir o caráter mercantilista, curativista, biologicista e pouco resolutivo do setor privado ou dos serviços públicos pré-SUS⁶. Autores relatam que serviços públicos odontológicos brasileiros reproduzem, mecânica e acriticamente, elementos nucleares do modelo do setor privado de prestação de serviços: uma prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico^{24,25}. Essa situação não é específica da saúde bucal. Está presente, também, na ESF e na atenção básica como um todo, que, apesar de ter promovido a ampliação do acesso e incorporação do acolhimento e humanização das práticas, ainda mantém certa centralidade do tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico²⁶. Além disso, a concepção hegemônica da odontologia, doença-centrada e liberal-privatista, também tem contribuído para a relativa baixa inserção da atenção à saúde bucal nas equipes de saúde da família no País⁵.

A constituição da saúde bucal coletiva pretende operar uma ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado), que implica desenvolver uma práxis que dialeticamente rompa com a prática odontológica hegemônica: busca-se ‘desodontologizar’ a saúde bucal e assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano²⁴. Dessa forma, o contexto pandêmico, ao impor limitações para realização dos procedimentos odontológicos tradicionais, sobretudo ao ‘uso do motorzinho’, constitui-se em um momento analisador para reorientação – mesmo que temporária – das práticas de saúde bucal no SUS e, talvez, até para ‘desodontologizá-las’.

Para Pires e Botazzo²⁷, a saúde bucal historicamente se confunde com a odontologia, pois

ainda está centrada em procedimentos e toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo. Além disso, ao planejar suas ações, prioriza os dados epidemiológicos das duas doenças mais prevalentes – a cárie dental e a doença periodontal –, desconsiderando as demais doenças bucais ou mesmo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento como fonte de informações para organizar o atendimento clínico.

Há décadas, a prática clínica odontológica, demasiadamente interventora e centrada em procedimentos invasivos, vem sendo questionada como potencial produtora de iatrogenias e sobretratamentos. Expressões como ‘ciclo restaurador repetitivo’ e ‘espiral da morte do dente’ são construções teóricas e figurativas desses processos. Para autores como Elderton²⁸ e Fejerskov²⁹, as restaurações dentárias têm uma vida útil limitada, e, uma vez que o dente foi restaurado, é provável que elas sejam substituídas várias vezes na vida em um ciclo restaurador repetitivo que eventualmente pode levar à sua destruição: a espiral da morte do dente. Temos então um paradoxo: se a assistência odontológica em excesso pode causar iatrogenias, a redução dos atendimentos no período de alta transmissibilidade da covid-19 pode ter produzido desassistência e contribuído para piores condições de saúde bucal da população? As limitações para procedimentos odontológicos nesse período poderiam ter reorientado as práticas de saúde bucal no SUS?

No campo da (re)formulação epistemológica da saúde bucal, destaca-se o conceito de bucalidade. Segundo Couto e Botazzo³⁰, para além dos dentes, deve-se ampliar o olhar numa compreensão de que a boca humana está inserida num processo de produção e reprodução: ela trabalha, produz e consome, ela é socialmente produzida e socialmente determinada. O desafio que se coloca são as implicações desse conceito para a organização da prática odontológica e reorientação do processo de trabalho nos serviços de saúde bucal no âmbito do SUS²⁴. Assim, é proposta a problematização da concepção de cuidado difundida pelo discurso biomédico, que o

remete a uma certa tecnicidade voltada à cura, investindo-se no cuidado em sua dimensão ontológica, como característica intrínseca ao ser humano, a partir da qual os sujeitos se constituem e se realizam no mundo³⁰.

Afinal, durante as restrições do período pandêmico, foi ofertado cuidado em saúde bucal? Ou melhor: qual cuidado foi oferecido à população? Aqui, vale recuperar o conceito: o cuidado em saúde configura-se como um encontro produtor de subjetividades, uma relação dialética capaz de agenciar os envolvidos e transformá-los, um encontro potente – um verdadeiro vir a ser inerente às relações sociais, uma possibilidade de mudança^{31,32}. Para Ayres^{33,34}, a produção do cuidado em saúde se dá a partir do encontro, considerando que a subjetividade é ipseidade, e, por esse motivo, é construída na experiência do encontro com a alteridade, atravessado por afetos, havendo uma ruptura na relação sujeito-objeto instituída, possibilitando que sujeitos se constituam juntos em ato, atravessados por seus territórios existenciais, suas histórias e desejos. Por esse motivo, a ideia 'odontologizada' de cuidado não dá conta de apreender o cuidado em saúde bucal em sua complexidade, tornando-se necessária a renúncia ao 'a priori odontológico', compreendendo que é na boca que se materializam as realidades e experiências histórico-sociais dos sujeitos, abrindo-se espaço para o cuidado enquanto encontro intersubjetivo³⁰.

Além disso, na questão primordial do vínculo que uma reorganização do modelo de atenção pressupõe, deve ser trabalhada a perspectiva da subjetividade na prática da clínica odontológica, muitas vezes apartada pelo viés essencialmente e historicamente programático das políticas de saúde. A subjetividade sobrepõe-se quando de fato coloca-se o sujeito da ação clínica (o usuário) no centro do trabalho²⁴. Assim, seria possível ter se produzido cuidado em saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de covid-19? Advoga-se que sim, mas, para tanto, seria necessário o predomínio de tecnologias leves

no encontro entre o trabalhador e o usuário, a partir de diálogo e escuta, gerando cumplicidade, vínculo, aceitação e responsabilidade, estimulando-se a autonomia dos sujeitos³⁵.

Vale tudo: outras atividades, medos e inseguranças

No esforço de enfrentamento da pandemia, houve relatos de 'quebras' nas atribuições clássicas dos profissionais, em especial, da saúde bucal:

[...] muitos dos cirurgiões-dentistas foram inseridos nas equipes da vigilância para monitoramento de casos. (E2).

Como que a gente organiza a porta pra fazer triagem? Então, dentista entrou, fisioterapeuta entrou, todo mundo entrou pra fazer porta, medir temperatura. Tinha escala. (E17).

[...] alguns dentistas aceitaram aprender a fazer o teste de covid, saíram da zona de conforto e foram pro front ajudar, fazer testagem. (E12).

[...] eu aprendi e fui fazer teste pra covid: a boca a gente conhece, né? Mas o nariz? Morrendo de medo de pegar e levar pra família, mas não teve como. (E7).

Apesar do medo e da insegurança, houve participação, inclusive, em ações de imunização:

Dentista não vacinava... parou tudo, só ficou para urgência mesmo. Treinei para aspirar, treinei para vacinar:

– Ah, então você tá sem atendimento? Então eu vou te ensinar a aspirar vacina, eu vou te ensinar a montar a caixa térmica, dentista, vou te ensinar...

– Eu sei dar anestesia na boca.

– Então, vou te ensinar a aplicar vacina.

A gente tentou utilizar todo mundo e, aos poucos, foi vencendo o medo, porque tinha pessoas que tinham muito pânico de morrer, de levar pra casa. (E19).

Esses ‘borramentos’ entre as atividades dos diferentes núcleos profissionais foram motivados por um certo objetivo comum: vencer a pandemia! Para Pires e Botazzo²⁷, é necessário repensar a tecnologia do cuidado em saúde bucal como possibilidade da atenção com integralidade e de sua legitimação como um dos componentes da saúde em uma expressão ampliada: a da qualidade de vida. Esse momento único, de excepcionalidade, trouxe oportunidades para avanços no maior desafio da saúde bucal no SUS: a integração dos dentistas com as equipes de atenção básica e a interrelação com os profissionais da ESF³⁶.

Por uma questão de responsabilidade sanitária frente ao cenário de pandemia, em muitos lugares, dentistas assumiram posições estratégicas no combate à covid-19, em contraponto ao eventual esvaziamento das ações de saúde bucal. Na literatura, há relatos desses profissionais atuando durante o período pandêmico no aprimoramento de habilidades de cuidado que extrapolam a cavidade bucal, principalmente no que tange ao acolhimento à demanda espontânea³⁷, à capacitação para uso de equipamentos de proteção individual, à realização de testagem para covid-19, ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa para casos de síndrome gripal, além da atuação direta no acompanhamento da sensibilidade gustativa dos casos positivos em monitoramento³⁸. Em revisão da literatura, Stralen et al.³⁹ também identificaram estratégias internacionais de flexibilização da regulação da prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da covid-19, com situações de redistribuição de atividades entre a força de trabalho em saúde – *task-shifting* –, incluindo a assunção de novas atribuições pelos cirurgiões-dentistas.

Para Merhy⁴⁰, há um potencial de trabalho de todos os profissionais de saúde que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando, assim, a capacidade resolutive dos serviços, reestruturando-se os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de

um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde. Entretanto, a divisão técnica e social do trabalho em saúde⁴¹, inclusive pela especialização das práticas, traz, muitas vezes, processos fragmentados de cuidado.

Para Campos⁴², a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos: o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; já o campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Rotineiramente, o cirurgião-dentista tende a se isolar no seu núcleo profissional, demarcando sua identidade a uma área de saber e a uma prática profissional, não se abrindo para o campo de saberes e práticas da saúde coletiva e para a interprofissionalidade.

O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e, de outro, a complementaridade entre o ‘agir instrumental’ e ‘o agir comunicativo’⁴³. Mais do que trabalho interprofissional, o que se observou na pandemia foi a assunção pelos cirurgiões-dentistas de práticas antes atribuídas a outros profissionais de saúde ou mesmo aquelas da ‘clínica comum’, constituídas no trabalho ‘entreprofissional’ operado nos interstícios das fronteiras de áreas, por meio de ações que não são reivindicadas como prerrogativas específicas e que se inventam a cada situação⁴⁴.

Assim, no ‘esforço de guerra’ contra a pandemia, valia tudo para salvar vidas! Esses movimentos geraram deslocamentos nas práticas dos profissionais de saúde bucal, permitindo a descoberta de novos territórios conceituais e a exploração de práticas inovadoras para superação do paradigma ainda hegemônico de assistência odontológica restrita a procedimentos clínicos e ao atendimento centrado na cadeira do dentista³⁸.

Começar de novo: retomada, resistências e instituídos

Mediante a redução da frequência e/ou atenuação da gravidade dos casos de covid-19, iniciou-se um lento e cuidadoso processo de retomada dos atendimentos eletivos de saúde bucal⁴⁵:

[...] retomada depois a questão da assistência, onde a gente discutiu muito a necessidade, porque veio os casos da covid, só que o agravamento das outras doenças. Não dá pra priorizar, tinha que trabalhar as coisas concomitantes. Daí, começou a falar da retomada, manter o cuidado da covid, mas com retomada da saúde bucal. (E3).

[...] a gente começou a voltar mais ou menos, a especialidade voltou, saúde bucal voltou. Era um a cada 1 hora. (E18).

A questão que se coloca é: como esses atendimentos eletivos de saúde bucal retornaram? O momento pandêmico, a suspensão de atendimentos eletivos, a limitação da realização de procedimentos invasivos, a integração com a equipe de saúde e a assunção de outras atividades além do núcleo profissional tiveram potencial de desterritorializar o dentista de suas práticas instituídas? O que dizem os profissionais: “*sob pressão, devagar, os atendimentos foram voltando*” (E7); “*logo, voltamos a fazer as restaurações e usar alta-rotação*” (E10).

A conservação das práticas da odontologia de mercado²⁴ é um vetor de força importante para as ações de saúde bucal no SUS. Ainda que a PNSB represente um marco na construção das políticas públicas no Brasil e tenha trazido propostas de inovações diversas, que incluem superação da clínica tradicional¹, a micropolítica do trabalho pouco tem sido modificada em relação aos modelos anteriores⁶. Para Lorau⁴⁶, nas instituições, existem duas vertentes que se intercambiam: a vertente dita instituinte e a sua parte instituída. O instituinte constitui-se de processos que carregam em si características dinâmicas, transformadoras,

criativas e mutantes. Por outro lado, o instituído está assentado em processos estáticos, naturalizados como um conjunto de regras de ação e comportamentos ditados socialmente vinculado à ordem, às normas, ao esperado, ao conhecido, ao imutável. Assim, poder-se-ia inferir que a odontologia é uma instituição, com seus modos de agir, operar e pensar, atuando como vetor de conservação frente aos movimentos instituintes e transformadores da saúde bucal coletiva.

Esse recomeço das ações de saúde bucal pós-pandemia poderia ter sido uma oportunidade de se fazer diferente, produzindo um cuidado em saúde, inclusive bucal, com vistas à integralidade. Compreendida ora como eixo integrador de serviços, ora como visão holística do sujeito do cuidado, ou, ainda, como ações de atendimento integral às demandas e necessidades, as definições de integralidade expressam a viabilização do acesso aos diferentes espaços de atenção, a articulação dos diferentes serviços de saúde e é pautada no acolhimento e no vínculo entre usuários e equipes^{47,48}. Para Couto e Botazzo³⁰, renunciar ao ‘*a priori* odontológico’ é dar espaço para múltiplas possibilidades que o encontro pode produzir, ‘*balançando*’ instituídos e apostando na possibilidade de convocar afetos mais potentes, produtores de um cuidado transformador.

Uma das possibilidades de transformação das práticas seria a ampliação da clínica dos profissionais de saúde bucal. A clínica ampliada é a redefinição do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência à saúde, sendo caracterizada pelo olhar singular para o outro, pela superação da fragmentação do cuidado, responsabilização e vínculo com usuários dos serviços de saúde, ampliação do grau de autonomia do sujeito, valorização da intersectorialidade e o reconhecimento dos limites da medicina e das tecnologias utilizadas⁴⁹. Para Graff e Toassi⁵⁰, as práticas de cuidado em saúde bucal precisam avançar na perspectiva de uma clínica ampliada baseada em tecnologias leves, relacionais, caracterizada

pela escuta e produção de diálogo, vínculo e subjetividades, por meio do compartilhamento e da reconstrução do plano terapêutico. Nessa clínica, o diálogo inicial e a identificação do motivo que trouxe a pessoa ao serviço de saúde devem ser realizados antes de se pensar qualquer estratégia que envolva o ‘tratamento dentário’ propriamente dito. Teria o período pandêmico evidenciado outras práticas clínicas possíveis ao cirurgião-dentista diferentes das intervenções e procedimentos odontológicos na cavidade bucal? O que fez, ou melhor, como fez o ‘dentista sem o motorzinho’? “*a gente só medicava, às vezes, um curativo só com instrumento manual. Usar o alta era crime...*” (E10).

Para Cecílio⁵¹, é motivo de estranhamento dos gestores os graus de liberdade e autonomia que os profissionais de saúde possuem nos espaços micropolíticos do cuidado em saúde. No caso em estudo, esses são expressos pelos relatos de algumas resistências de profissionais quanto ao retorno aos atendimentos eletivos em saúde bucal:

[...] depois, também numa luta árdua, eles voltaram seus atendimentos. É um pessoal bem difícil. (E2).

[...] a saúde bucal, eu tenho um pouco de dificuldade: muitas vezes, por achar que deveriam fazer mais. (E12).

Essa autonomia dos dentistas em seu microespaço de atuação pode tanto conservar ações odontológicas instituídas como produzir práticas instituintes transformadoras de cuidado em saúde bucal.

As limitações desta pesquisa estão na abrangência e no método de coleta de dados qualitativos, pois sua ênfase não está no potencial de generalização, mas na compreensão das vivências, que tem forte ligação com intencionalidade e ampliação da experiência. O presente estudo também não evidenciou novas práticas de saúde bucal no SUS pós-pandemia. Entretanto, a literatura aponta duas possibilidades que emergiram no contexto pandêmico que podem ficar

como legados: a odontologia minimamente invasiva e a teleodontologia.

A odontologia de mínima intervenção, ou minimamente invasiva, é um domínio clínico operatório crítico à prática odontológica tradicional, que deve ser vista como um dos pilares da intervenção mínima em cuidados de saúde bucal, aplicada em todas as disciplinas da odontologia e não apenas no tratamento da cárie⁵², tendo sido difundida com certo destaque durante o período pandêmico⁵³. Da mesma forma, o atendimento virtual em saúde bucal (teleodontologia) emergiu como uma possibilidade no contexto pandêmico da covid-19 para o cuidado de problemas de saúde bucal, principalmente no estabelecimento de critérios de prioridades em casos de urgência e emergência, no diagnóstico e atendimento às pessoas infectadas pelo Sars-CoV-2 sem colocar em risco de infecção a equipe de profissionais⁵⁴. Apesar de emergirem no período de contingência, a institucionalização dessas práticas no SUS dependerá de investimentos em políticas de incentivo e formação profissional que reconstruam o cuidado em saúde bucal sob outros referenciais. Cecílio⁵⁵, ao estudar os desafios para não se fazer ‘mais do mesmo’, propõe a ideia de ‘quimera da atenção básica’: a promessa que nunca vira realidade de uma rede de atenção básica que seja resolutiva, qualificada, que cuide e promova a vida em todas as dimensões, além de ser porta de entrada para o sistema nacional de saúde. Estaríamos diante de uma ‘quimera da saúde bucal no SUS’?

Considerações finais

As transformações nas práticas de cuidado em saúde bucal durante o enfrentamento da pandemia de covid-19 revelaram as dificuldades que cirurgiões-dentistas têm para o emprego de tecnologias leves. Em algumas situações, a paralisação, em outras, as restrições: o que pode fazer o ‘dentista sem motor’?

Esse momento analisador e único poderia ter sido uma oportunidade para reorientação do processo de trabalho em saúde bucal no SUS através da incorporação de outras práticas, outras ações, outros saberes e um novo modelo de cuidado. Não é possível afirmar que conceitos como saúde bucal coletiva, bucalidade, clínica ampliada e integralidade tenham ressignificado o cuidado em saúde bucal no período pandêmico, nem depois dele. Mas o dentista que se propôs ao acolhimento, à testagem para covid-19, à aferição de temperatura, ao telemonitoramento epidemiológico e à vacinação não seria capaz de ampliar sua clínica para além do consultório, da cadeira odontológica e do 'motorzinho'?

Colaboradores

Tofani LFN (0000-0002-1092-2450)*, Andreazza R (0000-0002-3332-2183)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Bigal AL (0000-0003-1020-2629)* e Tureck F (0000-0001-5583-1088)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1791-1803. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>
3. Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. DataSUS [Internet]. [Brasília, DF]: MS; 2024 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>
4. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2727-2739. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100020>
5. Pinheiro EL, Vasconcelos M, Gomes VE, et al. Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(4):1139-1150. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.12502022>
6. Fônsêca GS, Botazzo C. A clínica em odontologia: nexos e desconexões com a clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2023;32(1):e200277pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023200277pt>
7. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(1):7-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100002>
8. Organização Mundial da Saúde. Coronavírus. Geneva: OMS; 2020.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Lucena EHG, Freire AR, Freire DEWG, et al. Access to oral health in primary care before and after the beginning of the COVID-19 pandemic in Brazil. *SciELO Preprints*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.819>
11. Carrer FCA, Galante ML, Gabriel M, et al. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para odontologia. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e66. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.66>
12. Cunha AR, Velasco SRM, Hugo FN, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210028. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210028>
13. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. p. 435-454.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada no ano de 2021 [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2021 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2023 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/pesquisas>
16. Governo do Estado de São Paulo (SP), Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Painel COVID [Internet]. São Paulo: Seade; 2023 [acesso em 2024 mar 15]. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/>
17. Minayo MCS. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
18. Mainardes J, Marcondes MI. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ Soc*. 2009;30(106):303-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302009000100015>
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Rio de Janeiro: Anvisa; 2020.
22. Nascimento ARF, Vasconcelos ECFA, Souza DF, et al. Saliva, implicações orais e biossegurança em Odontologia: principais aspectos do COVID-19. *Arq Odontol*. 2021;57:114-121. DOI: <https://doi.org/10.35699/2178-1990.2021.24587>
23. Basilicata M, Zarone F, Leone R, et al. Impact of SARS-CoV-2 on dentistry: a review of literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(9):3386-3398. DOI: https://doi.org/10.26355/eurrev_202205_28760
24. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(esp):141-147. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>
25. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso

- de dois municípios da Bahia. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(6):1697-1710. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600031>
26. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1869-1878. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
 27. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2015;24(1):273-284. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100021>
 28. Elderton RJ. Ciclo restaurador repetitivo. In: Kriger L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 194-199.
 29. Fejerskov O, Kidd E, editores. *Dental caries; the disease and its clinical management*. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2003.
 30. Couto JGA, Botazzo C. “Prefiro mexer no coração a mexer na boca”: reflexões sobre o cuidado em saúde bucal. *Saúde Soc*. 2022;31(2):e210709pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210709pt>
 31. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde Soc*. 2015;24:102-114. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01009>
 32. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde debate*. 2019;43(esp6):93-103. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608>
 33. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(1):63-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
 34. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):73-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
 35. Merhy EE. Ver a si o ato de cuidar. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 248-267.
 36. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(2):373-382. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
 37. Xavier J, Silva A, Carvalho L, et al. A atuação do cirurgião-dentista, vinculado a um programa de residência multiprofissional em saúde, no combate à COVID-19 na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-16. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.993>
 38. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis*. 2020;30(3):e300310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>
 39. Stralen ACV, Carvalho CL, Girardi SN, et al. Estratégias internacionais de flexibilização da regulação da prática de profissionais de saúde em resposta à pandemia da COVID-19: revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00116321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116321>
 40. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 41. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
 42. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(2):219-230. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
 43. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

44. Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
45. Poder Executivo (SP), Coordenadoria de Planejamento de saúde, Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB nº 93. Orientações para a Retomada dos Atendimentos Eletivos em Saúde Bucal no Contexto da COVID-19*. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. 2020 out 24; Edição 211; Seção I:22.
46. Lorau R. *A Análise Institucional*. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
47. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009. p. 43-68.
48. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18(supl2):11-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>
49. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
50. Graff VA, Ceriotti Toassi RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev Abeno*. 2018;17(4):63-72. DOI: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.516>
51. Cecilio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(22):345-351. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>
52. Schwendicke F. Less is more? the Long Term health and cost consequences resulting from minimal invasive caries management. *Dent Clin North Am*. 2019;63(4):737-749. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2019.06.006>
53. Leal SC, Dame-Teixeira N, Barbosa CB, et al. Minimum intervention oral care: defining the future of caries management. *Braz Oral Res*. 2022;36:e135. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0135>
54. Silva VAN, Cunha RO, Leite ICG. Pandemia de Covid-19 e Aplicabilidade da Teleodontologia na Atenção Primária à Saúde a partir de Experiências Internacionais. *Rev Ciência Plural*. 2022;8(2):e26130. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26130>
55. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde Soc*. 2012;21(2):280-289. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>

Recebido em 01/04/2024

Aprovado em 13/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos