

Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal¹

Technological organization in oral health in SUS:
an archeology of national policy for oral health

Fabiana Schneider Pires

Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: fabianaspires@gmail.com

Carlos Botazzo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: botazzo@usp

Resumo

Este artigo discute a organização tecnológica dos modelos de atenção à saúde bucal à luz da Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB. O referencial teórico-metodológico para este estudo estruturou-se em um histórico das políticas de saúde bucal no Brasil, buscando apreender o saber operante que norteou a prática neste campo. A abordagem das políticas de saúde procedeu-se sob teoria de M. Foucault na obra *Arqueologia do Saber*. Utilizou-se de revisão de documentos normativos do SUS e de publicações do período de 2000 a 2012. Procurou-se desvelar, a partir da organização tecnológica (categoria de análise) como tais políticas abordam as necessidades de saúde da população e quais ferramentas, instrumentos e tecnologias são oferecidas para o cuidado em saúde bucal. O SUS busca substituir modelos de organização do trabalho que transformem a prática de assistência odontológica (ineficaz, baixa cobertura, monopolista, baixa resolubilidade, mal distribuída geográfica e socialmente), por modelos voltados à promoção da saúde. O levantamento de artigos sobre a atual PNSB destacou nos serviços um *modus operandi* calcado na pragmática prática odontológica, plena de conflitos e contradições. Para que as diretrizes da PNSB transformem a prática em saúde bucal com novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, outras formas de vínculo e comprometimento devem ser almejadas. 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. **Palavras-chave:** Saúde Bucal; Políticas Públicas; Sistema Unificado de Saúde; SUS; Modelos de Atenção à Saúde.

Correspondência

Carlos Botazzo

Av. Dr. Arnaldo, 715.

CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Artigo escrito com base na tese de doutorado “Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal”, de autoria de Fabiana Schneider Pires.

Abstract

This article discusses the technological organization of care models for the oral health in the light of the National Oral Health Policy. The theoretical and methodological framework for this study was structured from a history of oral health policies in Brazil, seeking to understand the operative knowledge which guided practice in the field. The approach of health policies proceeded according to the theory of the work of M. Foucault *The Archaeology of Knowledge*. This was used to review normative SUS (Brazilian National Health System) documents and publications for the period 2000-2012. We sought to uncover, from the technological organization (analysis category) how such policies see the health needs of the population and what tools/ technologies are offered in oral health care. The SUS has sought to replace models of work organization that transform the practice of dental care (ineffective, low coverage, monopolistic, low resolution, poorly distributed geographically and socially), with models aimed at health promotion. The collection of articles on the current PNSB highlight a *modus operandi* in services underpinned by pragmatic dentistry, full of conflicts and contradictions. In order to transform NOHP guidelines into oral health practice with new technological arrangements in the labor process, other forms of bonding and commitment are desirable. It is necessary to rethink the technology of oral health care as a possibility with comprehensive care and its legitimacy as a component of health in a larger expression: quality of life.

Keywords: Oral Health; Public Policies; Brazilian National Health System; SUS; Health Care Models.

Introdução

No atual momento das políticas de saúde do Brasil, avoluma-se o debate acerca dos modelos de prática em saúde na direção de que estes possam corresponder verdadeiramente aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerarmos o percurso histórico destas políticas, muitos avanços na direção da democracia e do direito à saúde foram alcançados e fortalecidos, principalmente por meio de práticas em saúde que buscaram instituir o sujeito, o processo saúde-doença e o componente social destes processos como protagonistas na organização do sistema de saúde no país (Mattos, 2003; Alves, 2005; Pinheiro, 2008; Paim, 2009).

O processo de construção do SUS tem sido marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, objetivando a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios (descentralização), enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (Teixeira; Solla, 2005; Paim, 2009).

Na direção de uma nova organização dos serviços, ou seja, um novo modelo de atenção em saúde, Paim (2009) destaca que a integralidade é o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, pois desde a década de 1990, a ênfase política sempre foi o financiamento e a descentralização. Na visão deste autor, somente com a expansão e reorientação política do PSF/ESF foi possível retomar a discussão da integralidade no modelo de atenção pela incorporação de propostas de territorialização, vigilância em saúde, acolhimento e vínculo.

Um dos principais motivos para o Programa Saúde da Família (PSF) vislumbrar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica reside no fato de, entre seus objetivos e metas institucionais, políticas e sociais, basear na integralidade da atenção e do cuidado à família a centralidade de suas ações (Pinheiro, 2001; Gomes; Pinheiro, 2005).

Desta forma, na proposta de organização dos serviços, como modo de organizar as práticas, Pinheiro (2008) assinala a necessidade de horizontalização dos programas anteriormente verticais, (desenhados pelo Ministério da Saúde), superando a fragmenta-

ção das atividades no interior das unidades de saúde para contemplar e articular demanda programada e demanda espontânea.

Segundo Alves (2005), a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas deve ter forte alicerce na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes a partir do horizonte da população atendida. A integralidade deve contrapor-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial, deve ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

A PNSB (Brasil, 2004) define as diretrizes para a saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família na perspectiva de criar fluxos para ações mais resolutivas, além de abranger as ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação. Estas diretrizes propõem ampliação, qualificação das ações da Atenção Básica, recomendando para este nível de atenção o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e o aumento da resolutividade do pronto-atendimento, a implantação de procedimentos mais complexos (como pulpotomias e fase clínica de implantação de próteses dentárias), a ampliação do acesso através de intervenções organizadas por linhas de cuidado e por condições de vida.

A PNSB tem direcionado o modelo de atenção à saúde bucal, na Atenção Básica, para uma transformação na forma de abordagem dos problemas, de modo a enfrentar um modelo hegemônico (odontológico), que ao longo dos anos produziu obstáculos na direção do cuidado integral do paciente/usuário por fundamentar-se em uma organização do trabalho que distanciou a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, as quais poderiam, em sua função essencial - o coletivo - responder à integralidade (Botazzo, 2005).

Segundo Camargo Jr. (2003), para a construção do modo de cuidar em saúde, importa entender que o sofrimento humano torna o sujeito um paciente

em busca de cuidado e é deste sofrer que surge a demanda por serviços de saúde.

Mattos (2003), alicerçando-se na perspectiva do direito e no resgate histórico das formulações de políticas de saúde no Brasil, traz importante reflexão sobre a frequente separação entre as dimensões assistenciais e preventivas, o que em muitas situações minimiza o desconforto governamental diante de sua omissão em relação às necessidades de grupos específicos.

Na prática em saúde bucal, da mesma forma o tecnicismo e a dependência de tecnologias duras (os instrumentos e os equipamentos), tal como tratadas por Merhy (1992, 1997)², se mostram soberanos, pois este é o modo da práxis, esta é a resposta que a técnica odontológica imprime para a terapêutica do seu objeto de trabalho: a lesão dentária, numa leitura restrita dos problemas de saúde dos sujeitos.

Sobre esta concepção histórica do objeto de trabalho da odontologia, Botazzo (2000, 2008) também o situa e o contextualiza no surgimento ou nascimento da Odontologia e, assertivamente, expõe que a profissão Odontologia separada da Medicina surgiu no final do século XIX com a promessa política de restringir-se às operações sobre os dentes. No entendimento que temos da odontologia como uma biopolítica, ou seja, prática social dotada de historicidade, produto da ação política de homens concretos, afirmativamente a nova profissão explicitou qual seria seu projeto político e qual teoria sustentaria sua prática, como seria o trabalho verdadeiro dos dentistas: “limar, obturar, extrair e substituir dentes” (Botazzo, 2008, p. 223).

Estas concepções de odontologia perduraram por muitos anos - quiçá continuem a povoar o ideário da profissão e da sociedade - e implicaram em políticas e práticas em saúde bucal avessas aos princípios doutrinários do SUS. Por certo, quando nos deparamos com modelos hierárquicos e inflexíveis na relação profissional-paciente (objeto da prática) contemplar a integralidade do cuidado em saúde (independentemente do conceito que se queira utilizar para este princípio) será um desafio.

² Emerson Merhy conceituou tecnologia dura como o instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações, enquanto tecnologia leve-dura seriam os saberes profissionais bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho.

PNSB – A política nacional de saúde bucal, a integralidade, o cuidado

Particularmente quanto à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a partir do ano 2004, na direção de reorganização da Atenção Básica (AB), os sistemas locais de saúde têm buscado restabelecer processos de trabalho, com o aumento da participação do pessoal auxiliar (Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal) na equipe, vislumbrando abordar velhos problemas em saúde bucal com outras práticas, demandando mudanças e reformulações na condução e organização do trabalho, com a exigência de outras complexidades de saberes (Botazzo, 2008; Pezzato, 2009).

Na perspectiva deste redimensionamento da atenção em saúde, as Diretrizes da PNSB indicam uma remodelação das ações da Atenção Básica (AB) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e propõem a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como serviços de referência para a atenção de média complexidade (secundária).

Na AB as ações de Saúde Bucal, de caráter individual ou coletivo, envolvem: promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação numa cadeia progressiva que pretende garantir o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias tanto à prevenção quanto ao enfrentamento de doenças (Barros; Botazzo, 2011).

Este novo modelo representa uma proposta de permanente sistema de vigilância epidemiológica e de informações para acompanhar o impacto das ações, avaliar e planejar distintas estratégias e/ou adaptações em decorrência dos diferentes perfis socioeconômicos da população brasileira.

Ao redefinir as diretrizes para a saúde bucal na estratégia da Saúde da Família, o modelo de atenção/prática, na busca de ações mais resolutivas, tem tentado introduzir intervenções organizadas por linhas de cuidado e por condições de vida (Junqueira; Frias; Zilbovicius, 2004).

Desta forma, consideramos muito relevante a questão do cuidado em saúde, entendendo ser uma tecnologia em saúde, tecnologia leve que se produz no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e

o usuário/paciente. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (Merhy, 1997).

Esta tecnologia relacional, leve, poderia responder à integralidade que julgamos transformadora dos processos de trabalho em saúde.

Nesta direção, alguns autores (Pinheiro; Mattos, 2003; Gomes, 2004) afirmam que nas práticas de saúde - e então não é uma particularidade da saúde bucal - o modelo biomédico, fragmentado e fragmentador na sua abordagem dos problemas, excludente, dicotomizado entre ações assistenciais e preventivas, tem sido soberano e se institui concretamente tanto nas estruturas de gestão quanto no cotidiano dos serviços de saúde.

Ao tratarmos do cuidado como tecnologia para organização dos processos de trabalho da saúde bucal na AB, nos cabe uma elaboração discursiva sobre a integralidade, buscando compreendê-la na mais ampla abordagem possível, de forma a nos permitir uma reflexão sobre as tecnologias de cuidado que se estabelecem no fazer em saúde bucal.

Machado et al. (2007) destacam a integralidade como um conceito que permite a identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, princípio que considera todas as dimensões possíveis que se pode intervir. Desta forma, o atendimento integral extrapolaria a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongaria pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o aprendizado contínuo e com a prática multiprofissional.

Mattos (2001) destaca uma visão da integralidade como um modo de organizar os serviços, sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes

modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (Mattos, 2001).

Em síntese, ao entender a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e de um coletivo, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, captura-se o papel da educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o “cuidar de si”, da família e do seu entorno.

Consideramos importante para estas construções acerca do objeto de estudo um novo olhar sobre o cuidado em saúde e sua relação com o modelo de atenção. Para tanto, colocam-se reflexões sobre o cuidado como sendo o modo de interação nas e pelas práticas de saúde na contemporaneidade, definindo para a análise das tecnologias já configuradas o campo institucional das práticas de saúde (Ayres, 2004).

Com o destaque dado ao caráter individual-universalista do cuidado, qual seria a resposta possível do sistema de saúde para a organização de ações e serviços de saúde, a formulação de políticas, as relações médico-paciente, as relações serviços/população, as relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos, como já tratados em alguns estudos (Schraiber; Nemes; Gonçalves, 2000; Pinheiro; Mattos, 2003; Czeresnia; Freitas, 2003), se, no desenrolar das problematizações no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, constituídas de um conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde vemos reduzidas as possibilidades de interlocução, interdisciplinaridade, multiprofissionalismo?

De forma instigante, Ayres (2004) destaca:

[...] a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem estar

pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico (Ayres, 2004, p. 84).

A partir, portanto, de uma problematização sobre a PNSB, buscamos percorrer documentos que indicassem a organização tecnológica para a produção da prática na saúde bucal, em um recorte histórico - da metade do século XX até os dias atuais - e quais novos arranjos, novos conhecimentos e saberes foram incorporados ao longo do tempo na prática pública para a saúde bucal.

Nesta perspectiva, buscamos localizar as regularidades discursivas, os objetos do saber; buscamos descobrir como se produziram os discursos em determinado período, como se formou a produção de enunciados de uma época, ou, que materialidade - os enunciados expressos pela política de saúde bucal - pudemos destacar.

A reflexão principal a que nos propomos foi desvelar a organização tecnológica, os saberes e fazeres que compõem a prática na saúde bucal a partir do novo modelo proposto pela PNSB.

Procedimentos metodológicos

Este artigo é parte da elaboração teórica da Tese de doutorado: “Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal”, a qual metodologicamente se estruturou, para o estudo das políticas de saúde bucal e da organização tecnológica do trabalho no âmbito do SUS, em um histórico das políticas e seus modelos de atenção no Brasil. Procedeu-se a abordagem do conteúdo das políticas sob a ótica das construções teóricas de M. Foucault na sua obra *Arqueologia do Saber* (1997).

Segundo Machado (2006), nesta obra Michel Foucault procurou explicitar suas categorias de análise e a nova direção de seu projeto teórico, interessando-se pelo discurso real, pronunciado, existente como materialidade e definindo um método arqueológico a partir de seus objetos: o discurso, o enunciado e o saber. Com objetivo de estabelecer a regularidade, Foucault investigou o que faz a unidade de um discurso. Nesse contexto, examina quatro hipóteses de unidade (o objeto, os tipos de enunciado, o conceito, o tema/as teorias).

Desta forma, buscamos apreender, nos documentos sobre as políticas de saúde, as possíveis materialidades dos enunciados sobre saúde bucal. Ora a materialidade esteve na odontologia, ora na promoção da saúde e uma mudança dos enunciados - como função institucional - foi sendo encontrada e sutilmente destacada.

É o modo como é apreendido o conteúdo dos documentos que dá as características do trabalho de pesquisa, pois os objetos da pesquisa, por si mesmos, não explicam nada. O pesquisador deverá interpretá-los, sintetizar informações, desvelar as tendências e, na medida do possível, fazer a inferência.

Em relação à temática dos textos e documentos oficiais consultados, a questão da organização tecnológica do trabalho foi o ponto convergente das políticas de saúde bucal, ora ela mesma colocando-se como meio, ora como diretriz para modelo de atenção em determinada política pública. Exatamente esta questão indissociável é a categoria central que se tornou o objeto de pesquisa no percurso deste trabalho.

Desta forma, buscamos tecer percursos sobre como a nova organização tecnológica (baseada na promoção da saúde e organizada por linhas do cuidado) poderia se constituir em mudança no modelo, posto que inserida num processo inacabado, em construção, modelo este no qual convivem a técnica odontológica (fragmentação) e a perspectiva de um cuidado em saúde com integralidade, autonomia dos sujeitos, práticas de promoção e vigilância à saúde.

Resultados e discussão

Dentre algumas reflexões, está o entendimento de que, historicamente, a odontologia - como se percebe nas características do modelo de atenção em saúde bucal desde a década de 1950 até os anos 2000 - vinha sendo uma forma específica de política, reproduzindo a técnica odontológica no setor público de forma acrítica. Este “modus operandi” histórico das políticas de saúde bucal, fortemente alicerçados no fazer odontológico, com toda sua carga de biologicismo, suas insuficiências para responder à demanda no setor público, conduziram os serviços públicos para uma perversa exclusão da maioria da população de benefícios e tecnologias de cuidado (Botazzo, 2008).

Passados oito anos (usando como referências as experiências relativas à atual PNSB até 2012), casos em diferentes partes do Brasil e com particularidades geográficas, demográficas, políticas e econômicas vêm demonstrando um descompasso entre a proposta da política e a prática no cotidiano dos serviços, como veremos nos artigos destacados nos próximos parágrafos.

Retomando o levantamento de artigos que este estudo organizou, de forma consolidada, as experiências do novo modelo de atenção em saúde bucal não têm encontrado muito espaço na organização tecnológica para o cuidado em saúde bucal.

Soares et al. (2011) realizaram um estudo com objetivo de avaliar a atuação da Equipe de Saúde bucal (ESB) na ESF, analisando a condução da prática em saúde bucal em alguns municípios brasileiros que adotaram o PSF, buscando compreender de que forma o novo arranjo da organização tecnológica do trabalho em saúde bucal tem acontecido.

Os autores destacam que, de uma forma geral, o levantamento permitiu identificar a necessidade, em princípio, de reorientação de rotinas instituídas, uma vez que na grande maioria dos municípios pesquisados as ações da ESB na ESF não têm sido realizadas de forma satisfatória quando usados parâmetros das diretrizes constantes nos documentos oficiais e, em geral, os municípios não têm realizado suas ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Predominam as características do modelo tradicional de atenção, indicando que o incentivo financeiro parece não ser suficiente para promover as mudanças desejadas (Soares et al., 2011).

Botazzo (1999), ao discutir unidade básica de saúde e os processos que ele chamou de internos (aqui, entre outros, situa-se a assistência aos usuários propriamente dita) e externos (onde se daria a abordagem dos fatores causais ou associados de riscos para a saúde da população), expõe um fazer duplo da prática de saúde: as funções médico-assistenciais e as intervenções sobre fatores de risco, identificadas pela epidemiologia. O autor destaca a disjunção neste processo: se as políticas indicam uma “coisa ativa” como a intervenção, então estamos diante de uma atividade prática para além do ambiente de intervenção clínica. Mas o profissional

da saúde conseguiria realizar atividades extramuros por outros princípios que não os de medicalização (mais ou menos inevitáveis nos serviços de saúde, segundo o autor) para o conjunto das relações sociais ao seu entorno?

Da discussão da organização tecnológica no SUS para sua particular relação com a saúde bucal, na PNSB (Brasil, 2004) podemos destacar algumas questões que permanecem procurando uma resposta. Como já dito por Roncalli (2000) e Botazzo (2005), um ponto extremamente crítico é a possibilidade de estabelecer um modelo com base no ideário do SUS. Mesmo que o primeiro autor considere que a epidemiologia, enquanto área de conhecimento no plano da produção científica e tecnológica no Brasil poderia constituir-se em fundamental ferramenta (pois aproximaria os modelos assistenciais em saúde bucal do ideário de universalidade, integralidade e equidade do SUS ao fomentar discussões a respeito dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais), destacamos as contribuições de Ayres (2002) como um contraponto a este forte enfoque epidemiológico da atual PNSB.

Aprofundando o tema, Ayres (2002) interroga acerca das contribuições que a epidemiologia pode trazer para uma conceituação positiva de saúde. A tese é a de que o paradigma do risco coloca a epidemiologia em uma situação paradoxal:

[...] nenhuma outra ciência biomédica tem tanta liberdade metodológica para tomar a saúde como objeto positivo de conhecimento quanto a epidemiologia e, ao mesmo tempo, poucas têm tão restritas possibilidades epistemológicas de validar esse conhecimento (Ayres, 2002, p.29).

A relevância de índices epidemiológicos, como balizadores de arranjos tecnológicos para o cuidado em saúde na formatação dos modelos de atenção, ocupam um ideário para as ações coletivas que, de certa forma, passam a sustentar e organizar boa parte de sua prática, mesmo a prática clínica.

Ayres (2002) tem buscado, por meio do conceito de vulnerabilidade, promover o diálogo entre a epidemiologia e outras disciplinas, a fim de que a epidemiologia e a promoção da saúde possam efetivamente dialogar. Ao descrever o discurso do risco

com seu alto grau de formalização, o autor salienta que nesta abordagem para a promoção de saúde ou mesmo para modelos assistenciais, o que importa não é aquilo que escapou do risco, mas aquilo que de alguma forma não lhe diz respeito, não esteve entre as exigências/condições normativas, proposicionais ou expressivas que o conformaram e que poderá ter efeito na saúde.

Apesar da proposta clara de mudança do modelo de atenção à saúde bucal que nos traz a PNSB, o que vemos ainda hoje é a manutenção de modelos de prática centrados em estratégias organizativas já superadas, ainda bastante alicerçadas no conhecimento técnico-biologicista, mesmo na roupagem da promoção da Saúde que tem ficado muito mais no terreno da prevenção de doenças e agravos (principalmente aqueles ligados à cárie dentária) do que da promoção da saúde.

Voltemos a falar dos nós que enredam a prática em saúde bucal aos antigos modelos.

Ao destacarmos que a organização tecnológica para o cuidado em saúde bucal no cotidiano dos serviços de saúde permanece centrada em modelos embasados por padrões biomédicos, dependente de tecnologias duras ou leve-duras, fortemente pautadas pelos conhecimentos etiopatogênicos da doença cárie, percebemos a prática de ações coletivas ditas controlistas (como a escovação supervisionada e as palestras educativas), justificadas nesse modo operacional por uma Promoção da Saúde que, ao nosso olhar, muito se associa a um fazer pela prevenção de doenças.

Outro ponto que alguns estudos (Santos et al., 2007; Pezzato, 2009; Soares et al., 2011) sublinham como críticos para novas práticas de saúde bucal é a formação profissional que se mantém centrada no “fazer” mercantilista, especialista e pouco direcionado a uma prática social desta odontologia imperativamente técnica (no sentido da tecnociência). Uma formação que não tem considerado a dimensão solidária e humana da prática em saúde nem discutido o envolvimento subjetivo do profissional na produção viva do cuidado em saúde.

A propalada reorganização do cuidado em saúde bucal tem refinado e ampliado, talvez, o modo dos fazeres e dos saberes da odontologia ao buscar, na abordagem da família/comunidade o seu campo de

ação, mas ainda é na busca dos dentes, da cárie, da lesão que esta prática se fundamenta.

A regularidade que encontramos ao trabalhar com as políticas de saúde bucal, tanto no nível federal quanto dos municípios ao longo das décadas de 1980, 1990 e 2000 tem sido a de produzir cuidado pelo controle das doenças de maior prevalência, tanto pela abordagem individual quanto coletiva, de forma a responder às necessidades em saúde bucal pelo viés da epidemiologia (reduzindo índices de morbidade) (Botazzo et al., 2008).

Ao abordar a odontologia como biopolítica, devemos ressaltar o que venha a ser trabalho odontológico e trabalho em saúde bucal, posto que para a odontologia, os instrumentais e as técnicas (já na formação acadêmica e também na pós-graduação) são os meios para realizar seu produto de saúde – uma restauração, uma coroa dentária, uma prótese total... – são a fonte e o objeto de um saber operante. E o é político, social.

O problema de saúde que se coloca para o cirurgião-dentista direciona seu olhar e também suas conexões neurológicas para o arsenal tecnológico com o qual este poderia responder para aquele que solicita seu talento e técnica apurados. Este nos pareceu ser um dos nós na organização do modelo de saúde bucal, pois o problema e o trabalho em saúde bucal têm origem e ressignificados em outra dimensão (o coletivo) do que para a odontologia. Da saúde bucal, emergem outros atores, como a equipe auxiliar e a figura do paciente, isto é, do usuário.

A ideologia da odontologia talvez amarre fortemente um dos nós que vinculam a prática em saúde bucal ao conteúdo odontológico, tanto na técnica quanto na prescrição.

Ao encadear um pensar em saúde que se oriente por estas nuances, podemos vê-lo desaguar nesta confusão conceitual entre prevenção e promoção da saúde que falamos há pouco. É a ideologia preventivista que amarra há décadas os conceitos de odontologia sobre as doenças bucais (com grande relevo para a cárie) e para as quais desenvolve abordagens e dogmas que parecem ecoar *ad infinitum*: situações que se perpetuam para sempre ou ilimitadamente ou que se repetem indefinidamente. Assim tem sido para o novo modelo de atenção em saúde bucal com prescrições e indicadores para seu monitoramento.

Devemos destacar as relações de poder que estão estabelecidas e seriam redimensionadas em um novo modelo de fato, pois a proposição de novas formas de organização das práticas em saúde, e então também para a saúde bucal, tende a mudar a relação de poder exercida naquela prática e a transformar as concepções de mundo de seus sujeitos, sustentando uma mudança nas relações de força, pela potencialidade de realização de novas práticas coletivas impulsionadas por essa nova concepção de mundo (Giovanela, 1990).

Nosso olhar, nossa interpretação e nossa leitura da PNSB não encontraram no seu interior, no seu cerne, outras possibilidades para o adoecer em saúde bucal que não a dieta, os hábitos de higiene, o risco epidemiológico.

Ao entendermos que um novo modelo para as práticas em saúde bucal deveria radicalmente almejar a integralidade do cuidado em saúde, voltamos para a discussão da organização tecnológica, situando este fio condutor da política como a possível forma de reorganização de um fazer voltado para novas relações entre sujeitos. Desta forma, onde estaria a escuta qualificada sobre os padecimentos do paciente para irmos além do diagnóstico de sinais e sintomas, percebendo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento?

A integralidade proposta pela PNSB é aquela que pretende responder a um maior número de patologias que o usuário possa demandar, mas não parece ter ainda proximidade conceitual ou mesmo prática com uma qualidade do cuidado, visto que na PNSB a integralidade é posta como uma melhor integração entre os diferentes níveis de complexidade, ou como resposta e tecnologias para um maior elenco de patologias bucais. Da mesma forma, a integralidade do cuidado tem sido tratada como uma quimera, pois objetivamente busca-se criar uma organização burocrática do cuidado, com fluxos hierarquizados, nos quais reside a integralidade do atual modelo de prática.

Nesta direção, não nos pareceu, nos discursos da PNSB haver outra discussão sobre as possibilidades de abordagem de problemas bucais (gingivites, periodontites, xerostomia, halitose, perdas dentárias, dores articulares, apinhamentos dentários etc.) que não fosse: escovação dental aprimorada, controle de

dieta cariogênica, correção de hábitos deletérios. Esta integralidade pouco detalhada, pouco desenvolvida, pouco aprofundada, muito se distancia do que entendemos ser a integralidade do cuidado em saúde e, de certa forma, contribui para a ocultação e o encobrimento de um expressivo contingente de doenças bucais, que podemos facilmente denominar de *negligenciadas*.

A nosso ver, as transformações deveriam dar-se também nos processos de trabalho por meio de novos saberes e práticas que, por sua vez, exigem novos padrões cognitivos e culturais. Novos padrões que rejuntem saberes e práticas, tradicionalmente compreendidas e organizadas de forma dicotômica e polar como, por exemplo, Clínica *versus* Saúde Coletiva, como nos fala Souza em sua publicação de 2004.

Aproximando nossa discussão da tese de Fernandes (2007), percebemos que ao compreender o cotidiano dos sujeitos, ao identificar os limites e as forças para o ser saudável no dia a dia, poderíamos direcionar nosso pensamento colocando-nos como seres humanos em movimento de aprendizagem, compartilhando experiências vividas e possibilidades de construções no contorno dos limites do dia a dia. Desta forma, uma sensibilidade relativista poderia dar-se ao promover encontros com a singular e intensa maneira de viver das pessoas estando atentos às suas diversas expressões poderia direcionar o trabalho com liberdade do olhar, preservando a flexibilidade e as imperfeições da singular maneira de viver, abordando a multidimensionalidade do cotidiano como trajeto para apreender o significado da maneira de viver do outro, as suas interações, os seus prazeres, os seus desprazeres delineados pelo ritmo de vida de cada um.

A prática em saúde não pode limitar-se a protocolos ou receitas, mas deve ser compreendida como campo com possibilidades que podem direcionar outras novas maneiras de trabalhar e de cuidar em saúde, valorizando o cotidiano vivido, outros discursos. Portanto, compreender o cotidiano de forma a refletir sobre vários aspectos em torno do ritmo e maneira de viver, que pode ser limitante no processo de viver humano, mas que resgata uma potência para contornar esses limites, conduziria ao entendimento do cuidar em saúde como premissa para conhecer como vivem e se cuidam, interagem

no seu meio, cuidam de si e dos outros as pessoas para quem se propõem um projeto terapêutico, identificando suas dificuldades e forças. Dessa forma nós, profissionais da saúde, poderíamos ajudá-las a agir de modo a atender as suas necessidades e desejos, resgatando as suas forças para contornar seus limites cotidianos.

Enfatizamos a relevância em significarmos o cotidiano dos seres humanos, visto que as maneiras de viver podem sinalizar maneiras de cuidar, contribuindo para o seu movimento de ser saudável, as quais se manifestam no corpo, na alma, na boca. É preciso reconhecer e colocar em análise os efeitos da prática odontológica no corpo dos sujeitos e tirar da odontotécnica o seu valor útil - o de restituir a dignidade perdida por meio do tratamento odontológico reparador, que se faz conhecido ao resolver casos de dor, de disfunções, de desarmonias, de desajustes - mas nele não se restringir. Há que se ampliar a busca por práticas de saúde bucal de cuidado que tomem a boca como lugar de afirmação da Vida (Souza, 2004).

Para estas conquistas, outras formas de vínculo e comprometimento deveriam ser priorizadas. Estas dependem da compreensão do próprio processo de trabalho em saúde e da utilização de dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) na perspectiva de atender aos problemas de saúde, mas, primordialmente, superar a dicotomia (aqui reside o viés odontológico) entre a saúde bucal e os outros elementos associados ao cuidar em saúde, percebendo que as condições de saúde bucal não são determinadas pelos sujeitos individualmente, mas pela soma de vários fatores (condições de moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde, modos de levar a vida), que geram situações de saúde/doença.

Considerações finais

Historicamente, a Saúde Bucal confunde-se com a Odontologia, pois se caracterizou por estar centrada em procedimentos já que a Odontologia toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo e, quando se baseia em dados para planejar suas ações, prioriza os 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 na clínica.

Destacamos que, ao molde de uma força-tarefa, as ações em saúde bucal, calcadas no mote da vigilância à saúde e irrigadas pelas informações epidemiológicas, voltam-se à erradicação da cárie dentária, de forma recorrente, ao longo dos anos e das políticas de saúde, reforçando nossa interpretação de que a base epidemiológica e a tecnologia biomédica adquirem novamente, ou permanentemente, a concretude que sustenta a prática pública de saúde bucal. Assim, a PNSB indica e orienta ações em saúde focadas na redução de índices epidemiológicos de doenças e propõe um modelo tecnológico para alcançá-la, muitas vezes com êxito (epidemiológico!), mas nas suas possibilidades de intervenção, a proteção e o suporte social, que poderiam construir ou consolidar autonomia dos sujeitos, explicitamente não emergem nem como prática, nem como política.

Para que efetivamente as diretrizes da PNSB transformem a prática em saúde bucal e promova novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, seriam soberanas outras formas de vínculo e comprometimento na relação entre os atores sujeitos. É clara a necessidade de melhorar a formação dos profissionais na direção de uma prática profissional consoante com os fundamentos da Estratégia Saúde da Família e também na produção do cuidado, do Dever, sensíveis ao cotidiano daqueles para os quais se planeja um projeto terapêutico. Portanto, destacamos que outro nó possivelmente esteja no distanciamento que o técnico (odontólogo) produz em relação ao seu produto. Pois das práticas de saúde que abordamos, o produto é a recuperação do dano pelo uso de materiais e técnicas, sem que os sujeitos, tanto o que exerce quanto aquele que recebe o resultado/produto da técnica, possam emergir como sujeitos sociais e políticos.

Além disso, na questão primordial do vínculo que uma reorganização do modelo de atenção pressupõe, deve ser trabalhada na perspectiva da subjetividade na prática 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 paciente) no centro do trabalho.

A relação profissional-paciente tem mostrado que o vínculo é construído a cada encontro, a cada negociação terapêutica, que resulta do diálogo franco, da assunção de responsabilidades e da resolução das queixas e necessidades, pois "... é o entendimento sobre a saúde como um estado de equilíbrio instável, determinado social e subjetivamente (...), da ressignificação das funções sociais da boca, (...) que se estabelecerá outra posição para a clínica" (Barros; Botazzo, 2011 p. 4347).

Entendemos que novas abordagens para o cuidado, na direção do sujeito e não mais da doença, mesmo que inicialmente causem estranhamento, acabam por produzir alguns efeitos para uma desnaturalização do cotidiano dos serviços de saúde bucal no SUS.

Pelas bordas da utopia, se o profissional de saúde conseguisse buscar saber o que falta para o outro, qual seu projeto de vida, o que ele tem além do que está impresso em sua boca, talvez fizesse mais sentido o projeto terapêutico. Não que devêssemos retirar todo o crédito que a saúde bucal no SUS tem e construiu com ações coletivas e de cunho social - citando a fluoretação das águas de abastecimento - mas a proposta de novos olhares e novos discursos sobre a condição de adoecimento, sobre os projetos de vida, da saúde e das experiências bucais de cada paciente, poderia ser uma transformação nas práticas de saúde. E daí seria libertador, tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde, pois abriria espaço para outros projetos profissionais, pessoais, institucionais.

Referências

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 28-42, 2002. Suplemento 1.

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, 2011.
- BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: Edusc, 1999.
- BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2000.
- BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, D. V. (Org.). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABO-RJ, 2005. p. 43-47.
- BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: LOPES, M. G. *Saúde bucal coletiva: implementando ideias ... concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 3-15.
- BOTAZZO, C. et al. O relatório científico do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”: construindo a cidadania na saúde. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. (Org.). *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas e Letras, 2008. p. 239-288.
- 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*. Cidade; 2004.
- CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 35-43.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- FERNANDES, S. L. S. A. *O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia*. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990.
- GOMES, M. A. S. M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1080-1082, 2004.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: RODE, S. M.; NUNES, S. G. *Atualização clínica em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.
- MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Abrasco, 2001. p. 39-64.

- MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Abrasco, 2003. p. 45-59.
- MERHY, E. E. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.
- PAIM, J. S. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PEZZATO, L. *Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001. p. 65-112.
- PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Epsjv, 2008. p. 255-262.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Abrasco, 2003.
- RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba, 2000.
- SANTOS A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa saúde da família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período de 2001 a 2008. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, 2011.
- SOUZA, E. C. F. *Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal*. Natal, 2004. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_sauco/saude_bucal_betinha.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2013.
- TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

Contribuição dos autores

Pires foi responsável pela idealização e redação do artigo.
Botazzo orientou a tese, participou da redação e revisão do artigo.

Recebido: 02/05/2013

Reapresentado: 28/05/2014

Aprovado: 30/06/2014