

# Saúde Bucal e Práxis no Cotidiano dos Serviços de Saúde

Rebeca Silva de Barros<sup>1</sup>  
Gert Ferreira Wimmer<sup>2</sup>  
Carlos Botazzo

## Introdução

Ao receber o tema desta publicação, refletimos sobre a transversalidade que as dimensões: **saúde, cultura e subjetividade**, numa relação de interdependência, estabelecem no cotidiano da própria vida que não se sujeita aos cortes propostos pela ciência para o entendimento da realidade.

O que é saúde? Como a pensamos? Qualquer definição parece não contemplar a complexidade da questão. Saúde não é só ausência de doenças, não é um estado de **completo** bem-estar bio-psico-social que ao ser atingido é mantido. Saúde é o que, então? Pensamos que a questão parece ainda mais complexa quando lidamos diretamente com o ato de cuidar praticado nas unidades de saúde, seja qual for o nível de atenção. Tentaremos nesse texto refletir um pouco sobre a complexidade do ato de cuidar na saúde.

Vários autores já se ocuparam do tema do estrangulamento que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo e sobre a necessidade de investimentos financeiros e contratações para oferecer maior resolutividade às demandas de saúde. Entretanto, acreditamos que os investimentos financeiros na saúde pública não se bastam para a organização do SUS e que é preciso investir na mudança dos processos de formação profissional. Defendemos aqui o trabalho em saúde enquanto possibilidade de construção de processos dialógicos, onde o profissional discuta um projeto de sociedade e a inserção de suas práticas com a população. A mudança cultural dos serviços de saúde depende de uma reorganização ou numa desorganização dos mesmos e não nos parece possível pensar uma aproximação da cultura e da subjetividade das pessoas, investindo apenas em ações protocolares.

## Saber Ouvir - criatividade no trabalho na(da) Saúde

Acreditamos que a clínica apresentada nas faculdades a nós, cirurgiões-dentistas, ao fortalecer a utilização de protocolos, tende a se distanciar do ato criativo e da dimensão relacional. É como se não sobrasse nada além de técnicas: restauradoras, mutiladoras e preventivistas, enquanto tecnologias para o trabalho. A reflexão sobre a organização do trabalho praticado pela Odontologia aponta, entre outras coisas, para a questão da dicoto-

mia entre o trabalho manual e o trabalho intelectual. Questão essa re-embasada na formação odontológica, preconizando o aprendizado pelas mãos ou “adestramento manual” (BOTAZZO et al, 2006) em detrimento de estimular o cirurgião-dentista a potencializar as competências relacionadas à escuta do usuário e à compreensão da complexidade da realidade social e sua influência na determinação do processo saúde-doença.

Defendemos que o profissional de saúde precisa ocupar espaços fora da unidade de saúde, no intuito de interagir com a sociedade, usando e aprendendo a linguagem que lhe apresentam, procurando sempre reinventar a prática de acordo com as situações propostas pela população local. Nesta perspectiva, acreditamos que sendo o homem o sujeito da História, isto implica em dizer que só o é na História e pela História e, também, na idéia de uma História que só existe como História de sua atividade (VAZQUEZ, 1977). A técnica deve, desta forma, se adequar às condições culturais da população, o que só é possível a partir da interação da equipe de saúde com a mesma.

Relataremos algumas experiências práticas fruto das relações dos autores com diferentes comunidades. Contudo, as compartilhamos não no sentido de gerar protocolos de atuação \_ até por que entendemos que as práticas devem ser desenvolvidas conforme o contexto local para terem êxito \_ mas sim, para fortalecer a idéia de que é possível a construção de uma clínica em Saúde Bucal embasada na construção coletiva da práxis e na cotidianidade da relação com a população. Defendemos a necessidade de permear a clínica com uma postura problematizadora e de construção coletiva.

## Relato 1 – A reconstituição do lugar, suas redes sociais e a ampliação de um olhar sobre a clínica de odonto-estomatologia

Para possibilitar uma ampliação da clínica de odonto-estomatologia é preciso extrapolar os limites de uma clínica dentária, fazendo-se necessário compreender o usuário no seu modo de vida e nas condições sociais em que sobrevive. Esse foi o objetivo do “mergulho antropo-

<sup>1</sup>Cirurgiã-Dentista com Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca\_usp@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Cirurgião-Dentista e Especialista em Saúde da Família. Contato: gertwimmer@yahoo.com.br

lógico” realizado em junho de 2007 no, popularmente conhecido, Morro do Macaco, localizado à beira da Rodovia Raposo Tavares, em Cotia - SP.

No imaginário da maioria das pessoas, o que pode existir numa favela? Drogas, loucura, violência. Todas as mazelas da vida parecem residir lá, e só lá. Há certa naturalização na relação entre a pobreza e a criminalidade, a falta de cuidados com a saúde e a ignorância. Todos os dias, os meios de comunicação, transbordam de reportagens sobre a miséria e a violência em detrimento de outros temas como a violência institucional sofrida por milhões de trabalhadores na sua luta cotidiana pela sobrevivência. Existe um esforço da produção hegemônica da mídia de naturalizar a miséria enquanto predestinação à exclusão dos processos decisivos. Infelizmente, a forma tradicional de construção da atenção em saúde também se baseou nisto.

Foram sete dias de imersão na comunidade e, aproximadamente, 40 entrevistas realizadas aleatoriamente e sem roteiro fixo, com crianças, jovens, adultos e idosos. A quantidade parece excessiva, mas teve o objetivo de conhecer o território adscrito de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A reconstituição do lugar e suas redes sociais só foram possíveis a partir da escuta qualificada (BOTAZZO, 1999) e da observação da comunidade. Quantas coisas podem passar despercebidas quando nos enclausuramos num cego e surdo tecnicismo odontológico sem permitir que o “outro” (o usuário) possa contar seu sofrimento, sua alegria ou seu problema e sua expectativa?

Na aproximação com a comunidade percebemos o território como um caleidoscópio. Lá há histórias de vida, sonhos, trabalhadores, tristezas e alegrias. Há o traficante, mas, além dele, existem os representantes populares, o comerciante que é referência para tudo, os funcionários públicos, a merendeira, a rezadeira. Não existe só a boca de fumo, ela existe também. Também existe a Associação Amigos de Bairro, as inúmeras igrejas, os centros de umbanda, as escolas que aos finais de semana oferecem lazer para os moradores, as lan house, responsáveis pela inclusão digital da molecada. Existe o comércio local, com auto-mecânicos, cabeleiros, papelarias, mercados, bioscas e barracas de fruta. Há história de mobilização popular, seja por água encanada, seja pela construção de um hospital público.

“Aquele lugar” tem uma História. Portanto tem uma cultura própria, uma lógica singular de organização social e significação da vida que imprime um olhar próprio da comunidade e seus sujeitos em relação à saúde e aos cuidados com o corpo.

Neste sentido, interessa saber como articular e quais informações sobre o território e seus personagens poderiam subsidiar uma prática de cuidado em Saúde Bucal que respeite os sujeitos e que restabeleça as funções bucais compreendendo-as como funções sociais da boca.

Após essa imersão no território, ficou evidente uma provocação. É importante que a prática odontológica preocupe-se em reabilitar para o trabalho de mastigação e aparência estética - preocupação essa fundamental, sem dúvida, pois restitui a dignidade perdida (SOUZA, 2004) por meio da terapêutica cirúrgico-restauradora; mas seria esse pensamento odontológico suficiente para a realização de uma clínica comprometida com a promoção da saúde e a afirmação da vida em todos os seus aspectos, significados e representações?

## **Relato 2 – Experimentando a transdisciplinaridade da Saúde Bucal**

Certo dia, propôs-se à equipe de Saúde Bucal do UBS da Vila do João, na Maré, Rio de Janeiro - RJ, realizar um grupo de puericultura. No início, ficou claro que a expectativa do grupo era ouvir o pediatra e não o dentista. “Eu queria ouvir o pediatra. Aqui não tem nem cadeira de dentista!”, reivindicou uma das mães.

A atividade coletiva foi iniciada de forma desvinculada de um futuro atendimento clínico pelo pediatra da unidade, já que, habitualmente, os usuários e o próprio serviço atrelam o direito à consulta individual à participação nos grupos programáticos. As pessoas foram esclarecidas que só deviam permanecer no recinto se tivessem vontade, mas que seria um prazer para a equipe poder conversar com elas.

Naquele momento, foi necessário haver um despojamento da identidade autoritária legada aos profissionais de saúde, para que a comunicação pudesse ocorrer. Com este objetivo, realizou-se uma reflexão esclarecendo aos participantes do grupo que poderiam trazer temas do cotidiano para serem debatidos; também que a equipe não estaria ali para ditar regras de higiene bucal, mas para discutir a saúde da comunidade como conviesse ao coletivo<sup>3</sup>. Temas como lixo, política, amamentação, foram abordados, incluindo bucalidade, já que ao final do grupo muitas mães levantaram o assunto sem a necessidade de imposição do mesmo pela equipe.

Compreendemos que a conformação das necessidades se dá de forma social e histórica definida pelos agentes em ato e não por agentes alheios ao processo local (MERHY, 2003). E que o processo de geração de necessidades emerge a partir das diferentes lógicas que atravessam o processo de trabalho em saúde, dependendo dos encontros que acontecem durante este processo. Neste caso, apostou-se que a relação entre a equipe e os usuários seria capaz de gerar, coletivamente, objetos de problematização da saúde que ganhassem pertinência devido a sua condição de pactuação local, ao invés de investir nas surradas técnicas de prevenção a cáries que, de tão repetidas e descontextualizadas, perdem a sua força de conven-

<sup>3</sup>No termo “coletivo” inclui-se a equipe de saúde bucal tendo em vista que há uma interferência direta da equipe no levantamento das questões que afligiam a clientela.

cimento. Os protocolos embora importantes, não se bastam quando se almeja estabelecer processos de autonomia para a construção da saúde.

### **Relato 3 – Construindo a demanda coletivamente**

Na UBS Marcílio Dias, na Maré, no Rio de Janeiro - RJ, como não havia equipe odontológica, as consultas de ordem curativa se realizavam em dois turnos semanais em outras duas unidades.

Os poucos horários para o atendimento geraram dificuldade sobre a decisão de quem atender prioritariamente. Para solucionar o impasse, investiu-se num diálogo com os agentes comunitários de saúde (ACS), no sentido de dar capilaridade às ações da Saúde Bucal. Os agentes passaram a agendar visitas domiciliares, grupos para a discussão com a população sobre saúde bucal e as práticas odontológicas hegemônicas, tais como a lógica de venda de serviços na qual a clínica odontológica se desenvolveu e a correlação disso com o ideário popular de que uma restauração, portanto, um remendo, pode ser resolutivo por si só<sup>4</sup>.

Estes grupos deram origem ao que se denominou “triagem coletiva”, que consistia num encontro entre pessoas que desejavam atendimento odontológico, para que as mesmas pudessem negociar entre si o caráter de prioridade dos atendimentos. Visava-se, a partir da problematização, fazer emergir uma práxis coletiva de organização do serviço de Saúde Bucal.

○ interessante foi perceber que nem sempre os critérios biológicos eram os que prevaleciam. Certa vez, um rapaz informou ao grupo que perderia sua vaga no alistamento militar se não “tratasse de seus dentes em três semanas”, a demanda foi acolhida e ele foi atendido prioritariamente. As pessoas que não fossem prioridade tinham consultas marcadas ao longo do tempo, ou encaminhadas aos serviços de referência quando necessário. Esta prática permitiu um diálogo entre “saber científico e desejo” daqueles que procuravam atendimento odontológico, demonstrando que a práxis pode ajudar no processo de contextualização dos serviços de saúde, bem como fortalecer a tomada de decisões coletivas.

### **Considerações Finais**

Observamos, no trabalho em Saúde Bucal, o predomínio de uma postura autoritária e alienada que resulta da produção de cuidado decorrente do aprisionamento do trabalho vivo em ato pelos protocolos de assistência (MERHY, 2002). Assim, os profissionais passam a interagir pouco com as pessoas desconsiderando suas histórias de vida (SOUZA, 2003), seus projetos de felicidade (AYRES, 2004) e sua relação com o adoecimento. Há um desvio do foco da ação cuidadora quando esta se torna refém de um mecanicismo terapêutico, que em detrimento da escuta qualificada, passa a orientar a clínica pela doença, que toma um caráter de “entidade”.

○ que se deseja, portanto, é politizar as práticas de

Saúde Bucal. O profissional de saúde deve, sobretudo lidar com a arqueologia humana no sentido de criar coletivamente tecnologias de produção de saúde que estejam de acordo com a vontade daqueles a quem os serviços se destinam. Há que se re-inventar cotidianamente as práticas, entendendo que a atenção em saúde se trata de um processo pedagógico onde o erro e o acerto acontecem, fomentando o aprendizado.

Acreditamos, ainda, que é necessária uma re-estruturação da Educação em Saúde Bucal proposta hegemonicamente. As práticas de escovação e discussão de dieta, embora importantes, repetem modelos acrílicos de atenção em Saúde Bucal, que ainda estão aquém de fortalecer processos de autonomia (HAUN, 1982). Portanto, torna-se fundamental a reflexão, no sentido de buscar estruturar serviços de Saúde Bucal que dialoguem com os desejos da população. Pensamos, assim, que os modelos desta área precisam recuperar a capacidade e a qualidade de escuta.

É preciso, também, re-significar a boca enquanto território anátomo-fisiológico permeado de aspectos não apenas biológicos, mas sociais e psíquicos. Pensar uma fisiologia bucal<sup>5</sup> parece perturbador para a Odontologia, pois para compreendê-la é preciso considerar o “paciente odontológico” como um sujeito que “mete” a boca como, onde e em quem quiser. “A boca é depositária de algo oculto sobre o qual convém manter alguma discrição”, diria Botazzo (2000).

É preciso resgatar as funções e representações da boca no corpo e na vida humana, levando em conta que a bucalidade é um produto sócio-histórico resultado de experiências vividas entre razão e desejo. “Somos corpos fazedores e transformadores de um mundo, corpos vivos, num tempo e num espaço experimentando todas as possibilidades emergentes e que nos são de direito” (VERDERI, 2006). É nesse ser e estar no mundo que está a dimensão e a expressão da subjetividade. É num processo de cuidado que seja permeável ao “outro” que pode haver o encontro de subjetividades (do profissional e do usuário).

○ que propomos é uma clínica em Saúde Bucal que busque se aglutinar a outras clínicas e à cultura da população para que, a partir de tais encontros, se tracem estratégias de atenção de forma cotidiana e pactuada tornando os serviços de saúde mais orgânicos às necessidades sentidas pela população. Para isso, é necessário que a equipe de Saúde Bucal ocupe outros espaços dialógicos, além do gabinete odontológico, e que seja feita uma mudança na cultura normativa dos serviços de saúde para uma postura problematizadora e de construção coletiva de saberes frente à vida humana.

<sup>4</sup>Não se fala aqui que as técnicas restauradoras e, até mesmo, mutiladoras, não sejam de suma importância para a saúde da população. Entretanto por si só elas estão longe de uma aproximação do conceito de saúde que se ouviu de uma criança de sete anos: “Alegria”.

<sup>5</sup>Os trabalhos bucais são a “manducação”, que compreende a mastigação propriamente dita. Mas, além dela, o chupar, o sugar, o mamar, o sorver, o lamber, o beijar, consumindo o mundo produzindo, assim, o gosto e o paladar; a linguagem ou a fala – a oralidade – que diz respeito à produção e ao consumo de palavras; e o erotismo, como desfrute liberado e consentido do corpo alheio, como fonte de prazer (BOTAZZO, 2000, 2006).

## Referências Bibliográficas

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária**. São Paulo: Hucitec, 2000.

BOTAZZO, C. **Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate**. *Ciência & Saúde Coletiva*: 11(1): 7-17, 2006.

BOTAZZO, C. et al. **Relatório Final Oficina "Subjetividade e Prática Odontológica"**. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em [http://www.saudecoletiva2006.com.br/oficinas/Oficina\\_Subjetividade%20e%20Pr%Etica%20Odontol%F3gica.pdf](http://www.saudecoletiva2006.com.br/oficinas/Oficina_Subjetividade%20e%20Pr%Etica%20Odontol%F3gica.pdf). [Acessado em 28 jun 2007].

HAUN, R. **Der befreite Patient: wie wir Selbsthilfe lernen können-e. Alternative zum Medizin-Konsum-Kösel**, München, 1982.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUZA, E.C.F. **Bocas, câncer e subjetividades. Patografias em análise** [Tese de doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SOUZA, E.C.F. **Formação e Trabalho em Odontologia: Ampliar a Clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal**. [Disponível em: [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/Saude%20Bucal%20Betinha.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Saude%20Bucal%20Betinha.pdf)]. Acessado em 14 fev 2007.

VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VERDERI, E. **Dança e Corporeidade**. [Disponível em: <http://www.cdof.com.br/danca2.htm>]. Acessado em 14 dez 2006 11:45.

