

*ALEXANDRE CAMARGO BRANDT*

*CONCEPÇÕES DE CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE  
TECNOLOGIAS DE SAÚDE BUCAL COLETIVA E SEU USO  
NUM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE*

*CAMPINAS*

*2004*

**ALEXANDRE CAMARGO BRANDT**

**CONCEPÇÕES DE CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE  
TECNOLOGIAS DE SAÚDE BUCAL COLETIVA E SEU USO  
NUM SISTEMA LOCAL DE SAÚDE**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Coletiva*

**ORIENTADORA:** *Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade*

**CAMPINAS**

**2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

B734c Brandt, Alexandre Camargo  
Concepções de cirurgiões dentistas sobre tecnologias de saúde bucal coletiva e seu uso num sistema local de saúde / Alexandre Camargo Brandt. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria da Graça Garcia Andrade  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde. 2. Avaliação de risco. 3. Flúor. 4. Cáries dentárias. I. Maria da Graça Garcia Andrade. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# SUMÁRIO

Resumo.....	vi
Abstract.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2.TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	5
2.1 Concepções predominantes:	
Instrumentos materiais do trabalho.....	5
2.1.1Concepções predominantes e o modo de produção hegemônico em saúde bucal: a odontologia tecnicista, liberal e de mercado.....	10
2.2 Tecnologias não materiais:	
O saber e o trabalho vivo em ato.....	15
3. A SAÚDE COLETIVA .....	19
3.1 Conceitos Fundamentais.....	19
3.2 Sistema Único de Saúde; consolidação política da Saúde Coletiva e contexto de uso de tecnologias.....	26
3.2.1 A Estruturação da Saúde Bucal no SUS e algumas potencialidades do Programa de Saúde da Família .....	30

4.TECNOLOGIAS EM SAÚDE BUCAL COLETIVA.....	38
4.1 Flúor na água de abastecimento.....	43
4.2 Avaliação do risco de cárie dentária.....	49
5.OBJETIVOS.....	58
6. SUJEITOS E MÉTODO.....	59
Método.....	62
O contexto da Saúde em Amparo.....	65
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	80
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
10. ANEXOS.....	111
11. APÊNDICES.....	113

## **Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

**Orientador: Maria da Graça Garcia Andrade**

### **Membros:**

**1. Luis Carlos de Oliveira Cecílio**\_\_\_\_\_

**2 Paulo Frazão**\_\_\_\_\_

**3. Maria da Graça Garcia Andrade**\_\_\_\_\_

Curso de pós graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas

**Data: 17/02/2004**

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à Patrícia, minha esposa,  
por que sua companhia tem me suprido a existência...minha vida!  
por que sua existência tem me inspirado a criação...minha musa!  
por que tem vivido com alegria e felicidade...meu amor!*

Ao Guilherme, bênção na minha vida, filho mais que querido, desejado e amado, muito intensamente amado. Por suportar papai trabalhando no escritório, quando podíamos estar rolando na sala.

Ao meu pai, Nilbon, pelo exemplo de dignidade e simplicidade que sempre me transmitiu, pelo esforço em me ajudar e orgulho que sempre soube com que me tem.

À minha mãe, Írma, meu primeiro e mais aconchegante cantinho, donde pulei do ventre para o colo, para o chão, para a rua, para a vida, longe e perto, para onde então sempre volto, mas agora também para lhe oferecer vida, chão, colo, minhas vísceras!

Aos meus irmãos, Nilbon, Graziela, Ricardo e Viviana, pela torcida.

**AMO VOCÊS!!!!**

Agradeço a Maria da Graça, minha orientadora, a quem coube a paciente e inteligente forma de me ajudar nesta empreitada; sua dedicação e atenção foram fundamentais, sem os quais eu não teria conseguido concluí-la.

Ao Gastão Wagner por me apresentar à Graça.

Ao Roberto Mardem, por me apresentar ao Gastão.

À Sônia Prado por me apresentar ao Roberto.

À Bete Scarano por me apresentar à Sônia...

...às pessoas que fazem da Secretaria de Saúde de Paulínia um bom local de trabalho e convívio;

...devo muito a todos por lá!

Aos professores Roberto Castellanos, Paulo Capel e Paulo Frazão, pelos primeiros passos dados na Saúde Coletiva, durante o curso de especialização em 1999.

Aos professores do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Ao prof. Emerson Elias Merhy pelo apoio na fase de definição do objeto e de qualificação deste trabalho.

Ao prof. Carlos Botazzo, pelo que vem produzindo, em textos magníficos; por me ouvir e captar, interagindo concretamente com sugestões de leituras, todas muito pertinentes.

À Aparecida Linhares Pimenta, na qualidade de Secretária de Saúde de Amparo, pelo acolhimento, disponibilizando o meio mais importante para complementação deste trabalho, ou seja, a realidade concreta dos serviços municipais de Amparo. Em especial pela simpatia com que me concedeu, em entrevista, parte de seu tempo muito precioso.

Ao Marcelo Bacci Coimbra, amigo, colega, grande sujeito da Saúde Bucal Coletiva, um “presente” para o serviço público de Amparo. Parabéns pela energia dedicada aos seus!

Aos cirurgiões dentistas da Secretaria de Saúde de Amparo que fazem o cotidiano daquele serviço ser algo muito digno de nota, especialmente aos que colaboraram com este trabalho participando das atividades de grupo focal que desenvolvi na pesquisa de campo.

À Cecília Masselli por me receber num momento que seria de convívio com sua família. Sem sua ajuda na preparação das atividades de grupo, este trabalho teria sido mais limitado, com certeza.

Ao Dr. Tabajara Dias Andrade, por sua perspicácia e desejo de cuidar; na busca de uma intervenção estruturada em seus saberes e experiências para me ajudar, não lhe deixei opção senão dar o melhor que teve a dar: atenção, diálogo, relação, compartilhamento de horizontes. Seu trabalho é vivo em ato. Nós precisamos mais é de gente assim! Muito obrigado meu caro!

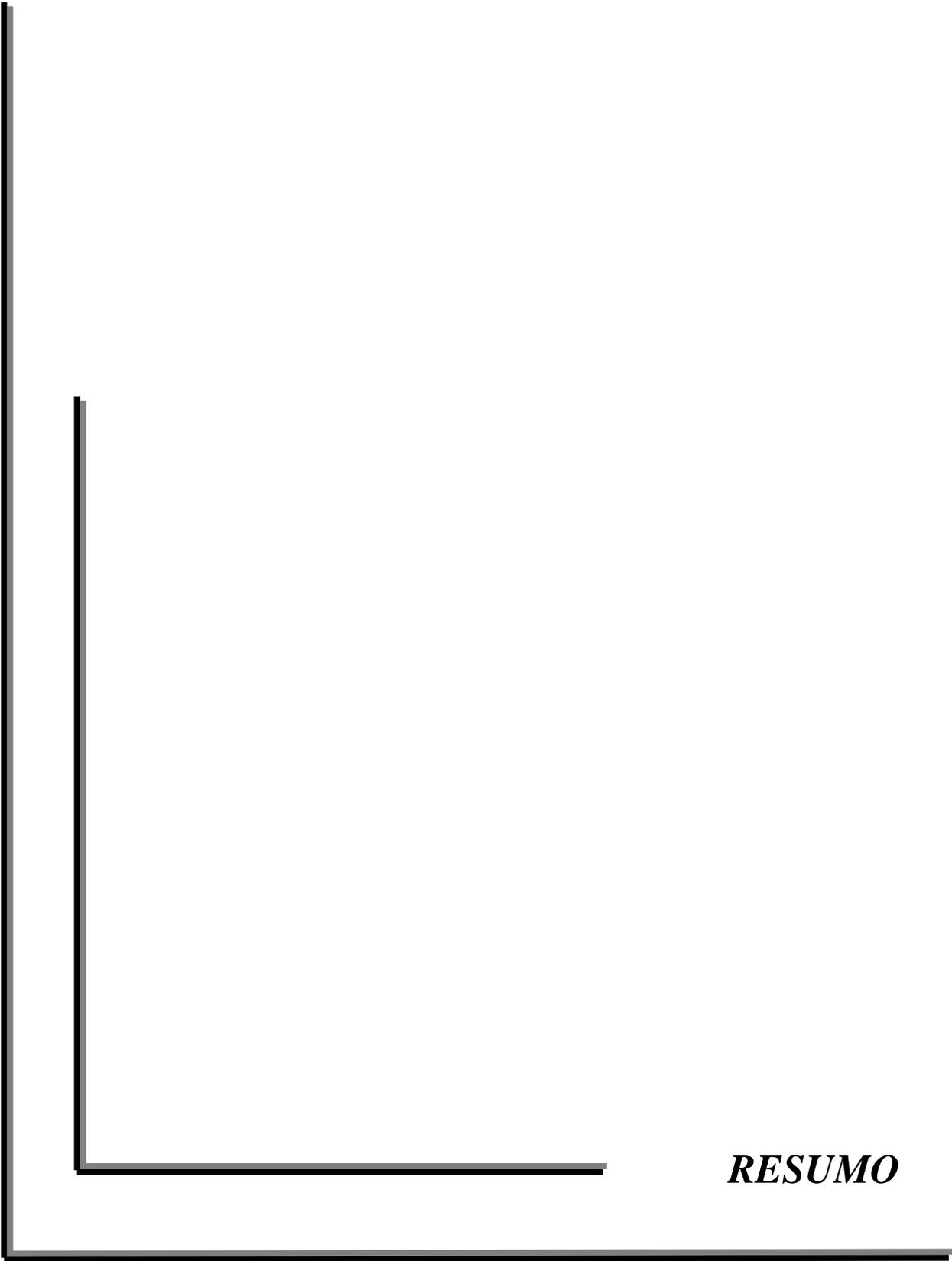
A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

A Deus pela oportunidade.

*Como manifestação presente à experiência vital, a curiosidade humana vem sendo histórica e socialmente construída e reconstruída. Precisamente porque a promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípua da prática educativo-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade crítica, insatisfeita, indócil. Curiosidade com que podemos nos defender de “irracionalismos” decorrentes do ou produzidos por certo excesso de “racionalidade” de nosso tempo altamente tecnologizado. E não vai nesta consideração nenhuma arrancada falsamente humanista de negação da tecnologia e da ciência. Pelo contrário é consideração de quem, de um lado, não diviniza a tecnologia, mas de outro, não a diaboliza. De quem a olha ou mesmo a espreita de forma criticamente curiosa. (Paulo Freire, **Pedagogia da Autonomia**, p.35-6. 20<sup>a</sup> São Paulo: Paz e terra,1996.)*

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxiii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>2- TECNOLOGIAS EM SAÚDE</b> .....	33
2.1- Concepções predominantes: Instrumentos materiais do trabalho.....	35
2.1.1- Concepções predominantes e o modo de produção hegemônico em saúde bucal: a odontologia tecnicista, liberal e de mercado.....	38
2.2- Tecnologias não materiais: O saber e o trabalho vivo em ato.....	42
<b>3- A SAÚDE COLETIVA</b> .....	47
3.1- Conceitos Fundamentais.....	49
3.2- Sistema Único de Saúde; consolidação política da Saúde Coletiva e contexto de uso de tecnologias.....	53
3.2.1- A Estruturação da Saúde Bucal no SUS e algumas potencialidades do Programa de Saúde da Família.....	56
<b>4- TECNOLOGIAS EM SAÚDE BUCAL COLETIVA</b> .....	63
4.1- Flúor na água de abastecimento.....	69
4.2- Avaliação do risco de cárie dentária.....	74
<b>5- OBJETIVOS</b> .....	81
<b>6- SUJEITOS E MÉTODO</b> .....	85
Método.....	89
O contexto da Saúde em Amparo.....	92

<b>7- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>103</b>
<b>8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
<b>9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>131</b>
<b>10- ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
<b>11- APÊNDICES.....</b>	<b>147</b>



A concepção mais comum sobre tecnologias é de que são instrumentos materiais do trabalho. Refletem na verdade um modo de produção cujos fins acabam supervalorizando os meios pelos quais o trabalho será realizado, sendo tomados como imprescindíveis. Na área de saúde isto se reproduz, mas em contrapartida a Saúde Coletiva, campo de saber humano, tem contribuído para outra visão, desenvolvendo e concebendo tecnologias não materiais, resgatando a relação humana como instrumento para se produzir cuidado e melhoria das condições de vida.

Este trabalho buscou conhecer as concepções de cirurgiões dentistas sobre as tecnologias de saúde bucal, especialmente quanto a fluoretação da água e de avaliação do risco de cárie dentária e seu uso em um sistema local de saúde; analisa-as à luz da determinação social do processo saúde-doença e do papel do sujeito na ação relacional produtora de cuidado segundo conceitos da Saúde Coletiva.

No estudo, que se enquadra predominantemente na metodologia da pesquisa social, utilizou-se, como principal método de abordagem empírica do objeto, a técnica do grupo focal, envolvendo 12 dos 26 cirurgiões dentistas da rede pública do município de Amparo. As discussões grupais que pressupõe a técnica, se deram em torno da construção de caixas de ferramentas tecnológicas da saúde bucal e, num momento seguinte, do uso de tecnologias em um caso fictício relacionado à atenção em saúde bucal.

Como resultado do trabalho de campo podemos dizer que as concepções dos dentistas participantes, sobre tecnologia, fogem um pouco do que, tradicionalmente, vemos na sociedade de um modo geral. Embora se tenha associado com pequena predominância instrumentos materiais às tecnologias, instrumentos não materiais, também o foram, com frequência.

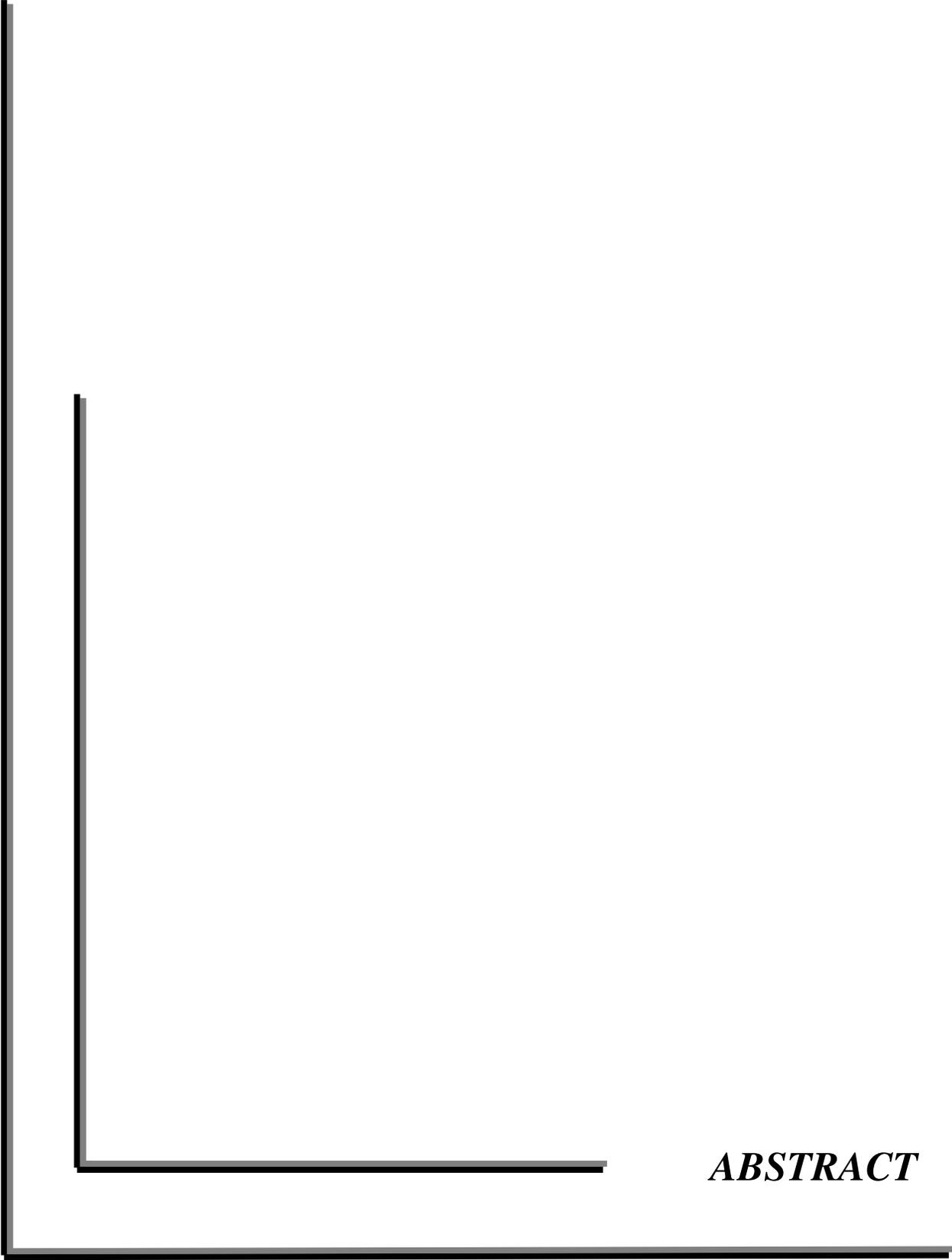
A maioria dos instrumentos, materiais ou não, concebidos como tecnologias tem o ambulatório como seu local de uso privilegiadamente; porém, as tecnologias de flúor na água de abastecimento, avaliação de risco de cárie, educação em saúde, trabalho em equipe, estiveram presentes no discurso dos profissionais, como próprias da saúde bucal coletiva, que sinaliza também para a concepção de tecnologias cujo uso se dá em coletivos e não apenas restrita ao indivíduo.

Os dentistas participantes do estudo identificaram cárie e fluorose, não apenas em sua condição bucal, mas também decorrente de outras condições, especialmente do cuidado familiar. A partir desse entendimento, conceberam uma atenção cuidadora baseada em intervenções técnicas na boca, educação em saúde e algum tipo de abordagem com os pais, não estruturada em instrumentos técnicos ou saberes, mas ficou marcada como intencional.

Discute-se que o flúor na água de abastecimento deve ser reconhecido como tecnologia, cujo uso no coletivo é justificado por indicadores epidemiológicos de cárie e fluorose, e que deve ser recomendado na atenção individual visando educação em saúde para ganho de autonomia e auto-cuidado.

Discute-se ainda que a avaliação de risco de cárie deve ser realizada objetivamente, principalmente em relação às condições bucais, com adoção de protocolos, mas também, subjetivamente com percepções intuitivas de condições de vida, que juntas acabam indicando necessidade de cuidados especiais.

Ao final considera-se que o referencial da Saúde Coletiva tem contribuído para novas concepções das tecnologias e de seu uso, principalmente, no que se refere a integralidade do ser humano e da centralidade das relações intersubjetivas como produtora de cuidado.



***ABSTRACT***

The most common conception about technologies is that they are material instruments of work. In fact they reflect a production way where it has interest in valuing the ways of doing things and not the results. In health it reproduces itself, but on the other hand the Collective Health, knowledge field, has contributed to another vision, developing and conceiving non-material technologies, rescuing the human being relation as an instrument to produce care and improvement of the life conditions.

This work searched to know the conceptions of dental surgeons on the technologies of health buccal, especially concerning the “fluoretação” of the water and evaluation of the risk of dental caries and its use in a local system of health and to analyze them in the light of the social determination of the process health-illness and the part of the citizen in the producing relational action of care according to concepts of the Collective Health.

In the study, that fits predominantly in the methodology of the social research, it was used, as a main method of the object approaching, the focal group technique, involving 12 of the 26 dental surgeons of the town hall of “Amparo” city, which discussion was about the use of technologies of buccal health in a story problem.

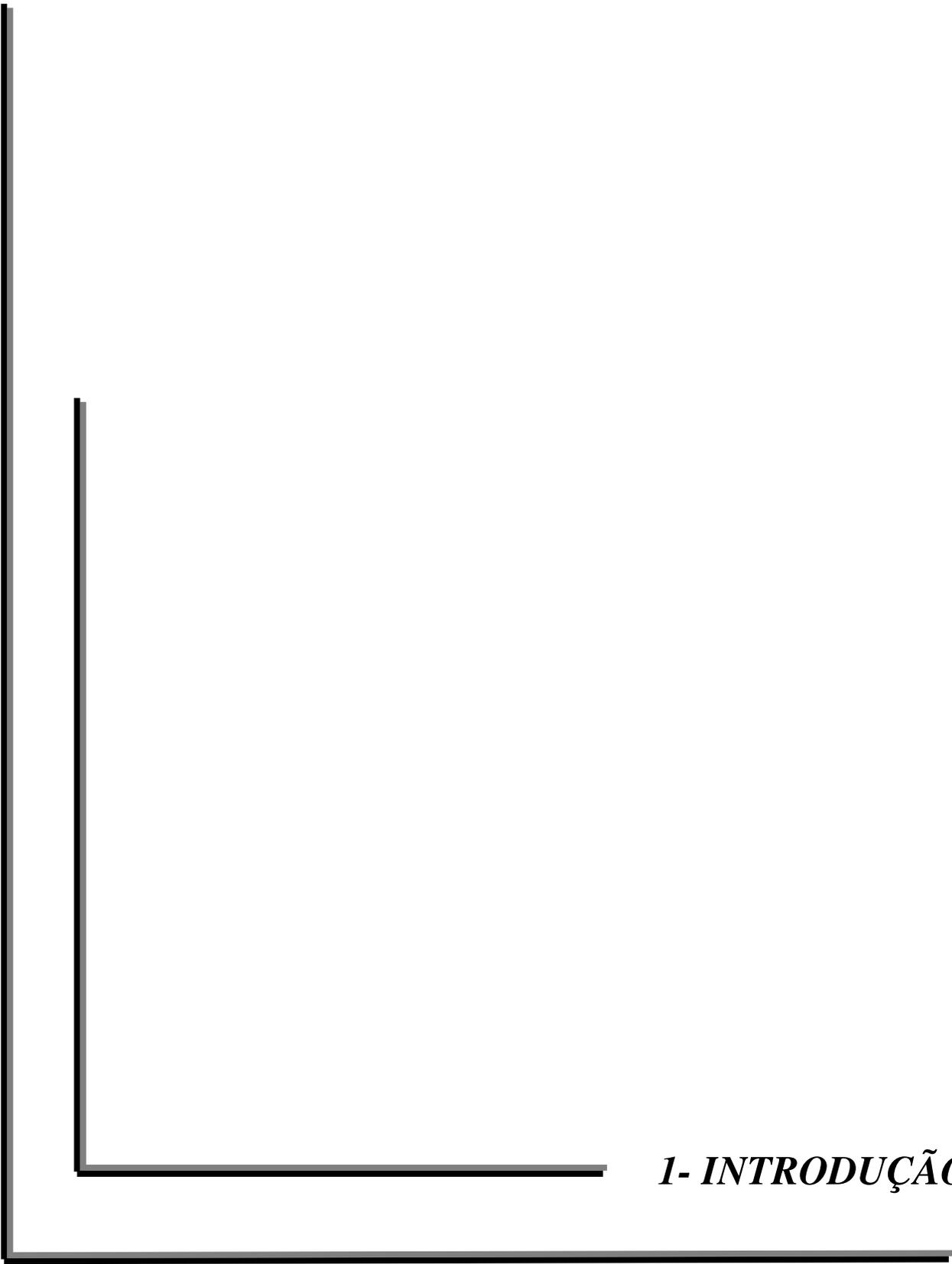
The majority of the technologies were made available to use in clinic, however, the fluorine technologies in the water supply, evaluation of caries risk, health education, work in team, were presented in the professional speech, as proper of the collective buccal health, which also indicates to the conception of technologies which use is given in collective and not only restricted to the individual.

The use of the technologies was investigated through interventions in a story problem presented to the group. The dentists identified caries and “fluorose”, in this case, not only in buccal, but also due to other conditions, especially of the familiar care. Thus the group intervenes in the case as being of high risk to the caries, with intensive fluorine therapy, filling of the cavities, health education and some type of approaching with the parents that was not structured, but was as intentionally marked.

It is argued that the fluorine in the water supply must be recognized as technology, which use in the collective is justified by indicating epidemiologists of caries and “fluorose”, which must be recommended in the individual attention aiming health education for earn of autonomy and auto-care.

It is still argued that the evaluation of caries risk must be carried out with a aim, mainly concerning the buccal conditions, with adoption of protocols, but also, subjectively with intuitive perceptions of life conditions, that altogether indicates the necessity of special cares.

It is concluded that the referential of the Collective Health has contributed for new conceptions of technologies and its use, mainly regarding the integrity of the human being and the centrality of the inter subjective relations as care producing.



***1- INTRODUÇÃO***

O desenvolvimento científico e tecnológico produzido pelo homem vem ocupando, a cada dia, mais espaço em nossas vidas, por invadir e dominar a natureza e, mais recentemente, por sua penetração nos domínios da ordem humana e social (JAPIASSU,1996).

Sem dúvida, tal desenvolvimento é fundamental para a área da saúde e, como vários autores vêm apontando, trata-se de um aspecto de considerável importância na construção e efetivação de um Sistema de Saúde Nacional mais humano e solidário (BOTAZZO,1994 ; CAMPOS,1997 CORDON,1998; FRAZAO,1998; MERHY,1997 ; RONCALLI,2000). De fato, até mesmo o texto constitucional inclui, no campo de atuação do próprio SUS, “*o incremento, em suas áreas de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico*” (BRASIL,1988).

Contudo, na era moderna, a ciência tem sido aplicada no desenvolvimento de tecnologias voltadas para o aumento da produção material, para acúmulo de capital, buscou-se dominar a natureza e os fenômenos físicos, mas não para conforto geral e sim de uma classe burguesa em seu desenvolvimento econômico. O domínio do homem pelo homem com uso da tecnologia, é mais recente e vem se dando com a aplicação de conhecimentos das ciências humanas e da psicologia no controle social (ALBORNOZ, 1994).

O avanço da ciência e sua aplicação tecnológica, levando a novos conhecimentos é um processo rico que quase nada é desinteressado. É paradoxal, pois no mesmo século em que se cria o computador, abrindo imensas possibilidades de progresso do conhecimento, ele se dá no sentido destrutivo. “*Os primeiros instrumentos da tecnologia nuclear têm a possibilidade de destruir toda a vida orgânica da Terra*” (ALBORNOZ, 1994).

Então para a área de saúde se este processo de desenvolvimento é rico e fundamental , também não é seguro que se dê no sentido de conforto e bem estar da maioria, é humano, pois é produto de seu trabalho, mas nem por isso solidário.

Assim este estudo trata de tecnologias, e falar em tecnologias é falar em trabalho cuja finalidade é a produção de coisas, materiais ou não. De um lado temos um produtor e de outro um consumidor, um com sua intenção/necessidade de produzir outro com sua intenção/necessidade de consumir. O arranjo dos meios, instrumentos, saberes, técnicas que são guiados por essas intenções/necessidades para a produção é que podemos chamar de tecnologia (MERHY,2002).

Nesta relação de produção e consumo, que motiva o trabalho humano, insere se portanto nosso estudo. De outra forma ele busca também conhecer um pouco mais das intenções /necessidades dos sujeitos produtores das ações de saúde.

E na inspiração mútua entre ciência e tecnologia, destacaremos aqui nossa opção, que é mesmo ideológico, de inscrição num campo de saber que vem sendo construído e disputado, onde o projeto dominante na sociedade (competitivo, dominador, desigual) não é hegemônico.

Trata-se do campo da Saúde Coletiva, mesmo permeado que está, por contradições, mas que se apresenta como uma proposta de teoria e prática transformadora da sociedade no sentido de equilíbrio e integração. Aderimos assim às possibilidades nele contidas de desenvolvimento e aplicação de tecnologias para o bem estar coletivo.

É fundamental reconhecermos, além do já citado aspecto ideológico de projeto de sociedade, dois eixos conceituais teóricos da Saúde Coletiva: o primeiro, é a sua visão holística do ser humano, e de sua impossibilidade de recortes, ou seja sua desvinculação do antigo paradigma científico, cartesiano-newtoniano, o qual para a saúde rendeu incontáveis segmentações do homem, e mesmo de seu corpo físico; o segundo, é o resgate do ser humano como sujeito e não objeto da ação, da atenção, do cuidado em saúde.

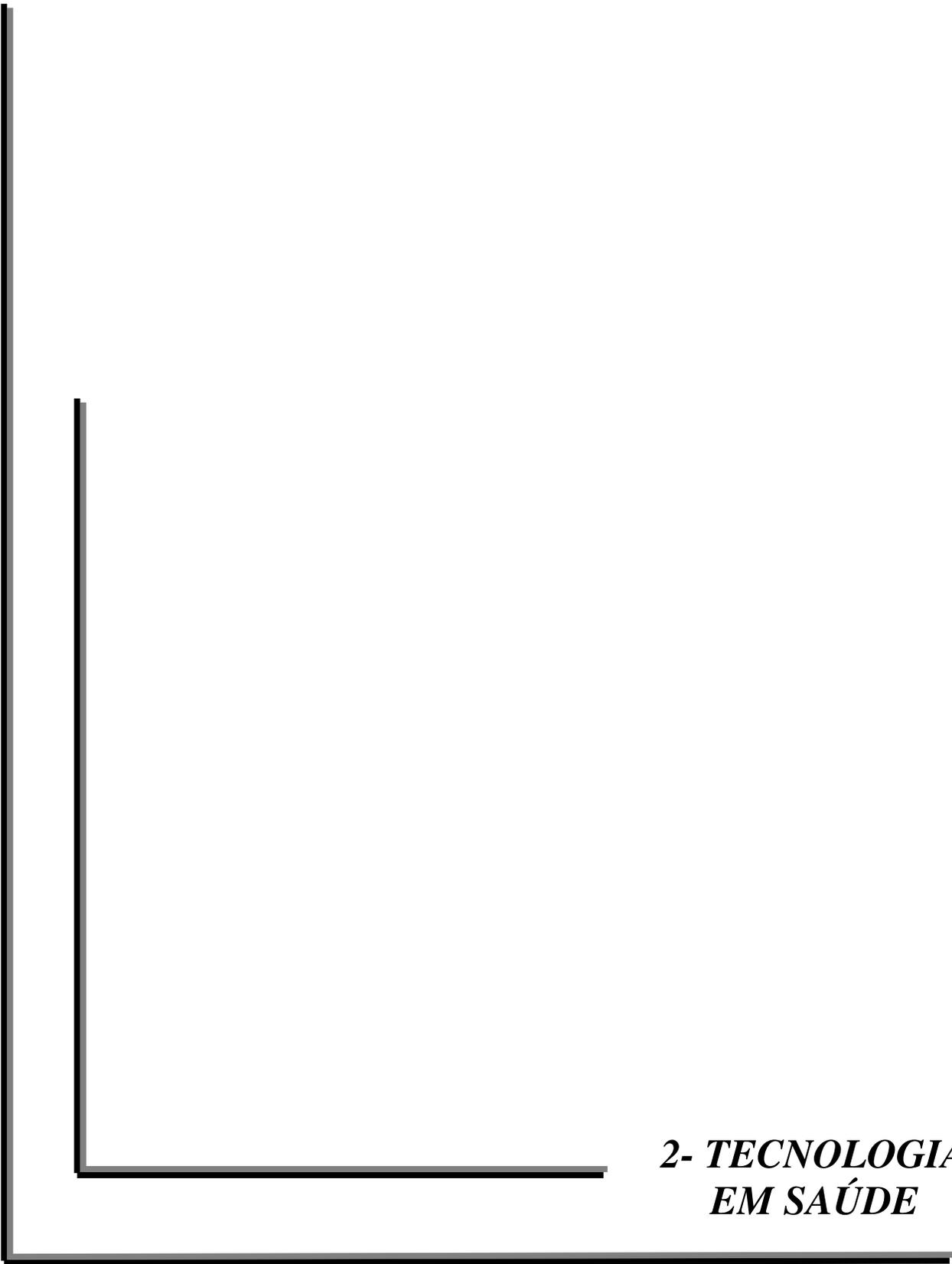
O campo da Saúde Coletiva, particularmente na área da saúde bucal, vem desenvolvendo tecnologias que, quando colocadas à disposição dos serviços, podem ser incorporadas às práticas de saúde em âmbito individual ou coletivo, ajudando a modelar a atenção em saúde bucal, principalmente na esfera dos cuidados básicos.

Afinal, no cenário da política de saúde nacional, o SUS representa a concretização de demandas sociais, cujo centro ideológico é o bem estar social, e também uma concretização dos conceitos de integralidade do ser e de democracia da Saúde Coletiva.

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, dedicou atenção especial ao tema do desenvolvimento tecnológico e resgatou a necessidade de se adequar tal desenvolvimento para a construção do SUS:

O desenvolvimento tecnológico das práticas de saúde bucal deve ser visto como parte fundamental do processo de democratização do saber odontológico e deve compreender não apenas os insumos materiais necessários à realização da consulta e dos procedimentos odontológicos, mas deve englobar as tecnologias do cuidado, as tecnologias de espaço físico, as de formação e as de organização do trabalho, na perspectiva de que este desenvolvimento vise tornar apropriadas essas tecnologias e assim serem disponibilizadas à população usuária com melhoria na qualidade do atendimento.  
(BRASIL, 1993)

Entendemos assim, a necessidade de haver pertinência entre o desenvolvimento científico e tecnológico e os conceitos de saúde-doença e de sujeito da Saúde Coletiva que aqui adotamos, de modo a transcender os limites da atenção baseada em procedimentos odontológicos, sobretudo na possibilidade de benefícios ao ser humano em sua complexa realidade.



***2- TECNOLOGIA  
EM SAÚDE***

## **2.1- CONCEPÇÕES PREDOMINANTES:**

### **Instrumentos materiais do trabalho**

Pela ciência o homem tem potencial para desenvolver tecnologias que ele próprio não é capaz de prever as conseqüências de utilização. E, não apenas pelas possibilidades de descobertas científicas gerarem toda sorte de tecnologias, mas, principalmente, pelas possibilidades de uso delas. Este desenvolvimento pode trazer incontáveis benefícios aos indivíduos e à sociedade como de fato tem acontecido, por exemplo com o aumento da expectativa de vida, com as telecomunicações que vem acelerando a globalização das informações e a reciclagem cada dia maior de materiais industrializados. Por outro lado tem evidenciado diferenças de possibilidades entre as pessoas, que não têm acesso direto aos benefícios oferecidos pelo uso das tecnologias quando delas necessitam.

A ciência, é fruto do trabalho humano, não é neutra, pois é da natureza do homem ser valorativo, e assim ele se comporta enquanto avança na ciência e se serve dela para criar e utilizar suas tecnologias.

Considerando que os artefatos tecnológicos referem-se a meios produzidos a fim de responder a alguma necessidade posta socialmente e que o caráter e o alcance dessa necessidade dependem das questões envolvidas no fato de seu aparecimento, pode-se daí deduzir que o desenvolvimento de uma tecnologia especial não se dá por acaso ou de forma neutra, antes respondendo a necessidades postas por um meio social específico, num momento histórico determinado (AUGUSTO,2000).

De outra forma, pode-se dizer que o desenvolvimento da ciência e de tecnologias de um modo geral e também em saúde se articula a um conjunto de determinações econômicas, sócio-culturais e político-ideológicas que influenciam a inovação, a transferência, o uso e a gestão de tecnologias em geral (FRAZÃO,1998).

Além desta rede de determinantes macro-estruturais, temos que considerar, pela dinâmica do processo de trabalho em saúde que, a cada encontro entre produtor e consumidor, existem micro-determinantes que podem ordenar o sentido de uso das tecnologias.

Como implicação, destacamos a importância da noção de tecnologia que permeia os serviços de saúde, pois, ao mesmo tempo em que é reflexo daquelas determinações, reflete-se no processo de trabalho, na organização e oferta de serviços, bem como na forma de manifestação social das necessidades de saúde.

O modo hegemônico de prestação de serviços de saúde que tem suas origens na chamada Medicina Científica, Flexneriana, tem como característica as ações centradas no procedimento médico, de caráter curativo e bastante dependente de tecnologias materiais (SILVA Jr.,1998). Nela, o corpo está segmentado e se torna objeto de estudo de várias disciplinas.

Para Gonçalves (1994,p.55),

... essa esfera produtiva, a dos serviços de saúde, tem como uma de suas principais características o fato de tender a ser compreendida, ao nível das representações sociais dominantes, como profundamente ancorada na ciência e, por extensão, como privilegiadamente configurada nos seus instrumentos de trabalho materiais.

Exatamente porque o paradigma científico dominante no século passado, que ainda domina o senso comum, deu-lhe o caráter materialista, onde o corpo real é material, por isso é operado de modo seguro e objetivo pela técnica, pelo instrumento (CAPRA, 1986).

Assim, as tecnologias são tomadas pelos instrumentos materiais do trabalho, ou seja, as máquinas, os equipamentos, novos materiais e medicamentos. É assim que a busca de atenção em saúde acaba por se manifestar pela busca de serviços de saúde, a busca de assistência médica pela busca de exames complementares e medicamentos.

Mesmo que não se possa tomá-la isoladamente, a crescente presença do setor tecnológico de equipamentos nas práticas de saúde acaba incidindo sobre os significados e necessidades a ela relativos. A própria percepção do que é e de como se obtém saúde é alterada. Observa-se, por exemplo, no relativo a produtos farmacêuticos, a prática de substituição de alimentos por medicamentos e vitaminas, grandemente incentivada por anúncios publicitários. Ao lado disso, pode-se fazer a constatação de que o reconhecimento, pelo público envolvido, de um bom profissional na área passa pela utilização que faz de equipamentos considerados modernos, pelo pedido de exames laboratoriais e pelo fato de receitar medicamentos (AUGUSTO, 1992).

São criadas rotinas, que se consolidam como hegemônica a atenção em saúde, onde a oferta e a procura dos meios toma o lugar da oferta e da procura dos fins.

Com isso, atualmente vem-se intensificando no senso comum a idéia de serem as tecnologias um bem em si mesmas, por ser algo novo e supostamente estar relacionado ao bem estar individual ou coletivo. Porém o que se entende por tecnologia pode afastar o homem do centro deste suposto benefício, seja como o sujeito que realiza uma ação, seja como o sujeito para o qual ela é direcionada.

Na área de saúde, destacam-se como tecnologias de ponta aquelas que utilizam máquinas e equipamentos, que supostamente diminuem as imperfeições humanas, melhorando seus sentidos ou complementando-os e ampliando suas possibilidades. E, ainda, pouco ou nada se faz sem eles tornando impossível a prática a que Donnangelo (1976) se referiu como “artesanal”. Isto se dá também na saúde bucal, como veremos à frente, desde a gênese da profissão de odontólogo.

Portanto, em todo campo do conhecimento, inclusive na saúde,

...a marca mais característica do pensamento contemporâneo a respeito de tecnologia,[e] em todo campo de práticas, é a redução do significado do termo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Por tecnologia se designam conjunto de coisas, de objetos materiais, denotando primordialmente sua função técnica nos processos produtivos (GONÇALVES, 1994, p. 15).

Esta idéia está submetida ao pensamento científico hegemônico e é importante que se aponte suas repercussões, sua insuficiência, e se questione sua utilização. Por outro lado um excesso de simplificação, ou um arremedo humanista, pode condenar erroneamente o uso de tecnologias novas e sofisticadas, que em muitas situações são mesmo imprescindíveis.

Trata-se de relativizar a noção que se tem sobre tecnologias sem “endeusamento” ou “demonização”, para vê-las criticamente, no contexto real de interesses em disputa na sociedade.

Assim, a despeito do potencial benefício decorrente das novas tecnologias, temos cotidianamente reportado na imprensa fatos que apontam uma realidade contrastante. Ao lado da busca da cura do câncer, temos as mortes por desnutrição, em contraste com a exploração de Marte temos a Terra sendo devastada, enfim a prosperidade e a desgraça humanas caminhando lado a lado e a cada dia mais distantes, paradoxalmente.

Na odontologia, faz-se transplantes ósseos e implantes de titânio com sucesso magnífico para alguns poucos, que tem acesso individual e privado, enquanto uma grande massa de pessoas não tem sequer acesso à assistência básica, quanto menos a eles, quando deles necessitam. Não são benesses excludentes; a atenção integral às necessidades deveria prever mesmo os implantes; ocorre que só tem acesso a eles que pode pagar por eles.

### **2.1.1- Concepções predominantes e o modelo de atenção hegemônico em saúde bucal: a odontologia tecnicista, liberal e de mercado.**

Visto que não encontramos outros trabalhos que se referem às concepções de cirurgões dentistas sobre tecnologias, e que temos uma relação entre o modelo de atenção em saúde, ou a oferta de serviços de saúde e estas concepções na sociedade em geral, buscamos um referencial sobre o modelo hegemônico em saúde bucal, que pode contribuir para as concepções sobre tecnologias em saúde bucal. Não indica, contudo, que as concepções de cirurgões dentistas sobre tecnologias sejam as mesmas que predomina no senso comum , mas serve-nos de comparação.

As concepções dominantes sobre tecnologias como sendo instrumentos materiais, para o caso da saúde são também fortalecidas pelas práticas hegemônicas, que reproduzem tal significado. O tecnicismo e a prática de mercado são suas características, ancoradas que estão em disciplinas científicas materialistas e positivas, as quais reforçam a idéia do instrumento/equipamento como tecnologia.

Desde o surgimento da profissão de cirurgião dentista no fim do século XIX, que se discute a inclusão de conteúdos das ciências humanas e sociais no seu currículo e, desde então até hoje um “*curriculum* odontológico mínimo” permanece intocado, cujo recorte dá ênfase à “educação da mão” no laboratório (GODON, 1901<sup>1</sup>).

Mesmo que desde o início de sua institucionalização, a odontologia venha alterando suas técnicas em decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico (NOVAES, 1998), sua opção político pedagógica, confere a profissão o status de tecnicista a semelhança das profissões médicas.

Daí também sucede que “*o ensino e a prática odontológicos no Brasil reproduzem de modo anacrônico o acentuado tecnicismo que marca essa especialidade médica nos países desenvolvidos...*” (Botazzo & Tomita, 1990)

No tocante à organização das práticas, ou do modelo de atenção, quando tomada como único referencial a odontologia, não se pode esperar mais que um modelo que dê assistência ao doente. Na verdade, a atenção em saúde bucal, inspirada na odontologia não tem sido modificada substancialmente ao longo dos anos.

A esta característica deve-se considerar ainda um outro posicionamento, que é ideológico mas também político, da afirmação do caráter privado da odontologia. Como conseqüência, a relação entre o paciente e o terapeuta é retirada da esfera pública, não interessando à sociedade ou ao estado. Então, pode-se discutir se aos dentes dos homens não se poderia atribuir estatuto de normalidade (social). Então, não haveria patologia a ser controlada ou vigiada e nem tampouco risco social nos dentes dos homens (BOTAZZO, 2001).

---

<sup>1</sup> GODON, CH. **L'École Dentaire. Son histoire, son action, son avenir.** Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fil; 1901.apud BOTAZZO, C. 2000.

Para ZANETTI (1999), “*Foi do ‘alto’ da sua hegemonia que os CD, ao longo do século enfatizaram a Esfera Privada como espaço privilegiado para organização de suas práticas. Daí, no mercado, a Odontologia fez seu ‘canteiro’ e produziu as suas mais belas ‘flores’*”.

Se, por um lado, temos no país um desenvolvimento científico e tecnológico desta área inegável, vemos suas benesses disponíveis privilegiadamente como uma oferta da iniciativa privada que, na verdade, tem sido a grande musa inspiradora deste desenvolvimento. Veja-se, pela recente criação de cinco novas especialidades dentro da área, que, embora aponte em certo grau um possível acúmulo de conhecimentos, traz declaradamente um intuito de atender uma estratégia de marketing, a da segmentação (ABO,2002).

Não que se pretenda difundir tecnologias materiais para acesso universal, mas ao contrário, relativizar esta apropriação de instrumentos e técnicas novas como se fossem desenvolvimento e que só produzam bem-estar. Exatamente por estarem ligados ao mercado, que estes instrumentos acabam assumindo papel de produto central do trabalho, seu uso é um fim em si e portanto o paciente acaba sendo usado para justificar este fim.

Estamos aqui falando de uma hegemonia, a da odontologia de mercado,

*“O movimento do capital... fez aparecer e consolidar no Brasil uma odontologia de mercado, caracterizada pela produção-consumo privado de bens e serviços sob regulação do mercado.”* (NARVAI, 1994)

Esse modelo hegemônico de atenção é caracterizado por uma prática centrada no procedimento individual, realizada por um cirurgião dentista no espaço do consultório, ofertada como produto de compra e venda. Em parte determinante, em parte determinada pela evolução da ciência e das tecnologias na área de saúde bucal.

A despeito do seu desenvolvimento, parece que a odontologia não tem respondido majoritariamente às demandas e necessidades da sociedade.

*“Fruto da odontologia científica(..). a odontologia brasileira, tal como está, é ineficaz no equacionar os problemas de saúde bucal de nossa população. De resto, é possível afirmar que esta não é sua preocupação.” (BOTAZZO&TOMITA,1990)*

Ou seja, mesmo que se desenvolvam conhecimentos, técnicas e equipamentos novos, eles não servem para resolver o problema da maioria da população: seja porque seu objeto de atenção não é a necessidade real da maioria, seja pelo alto custo de sua utilização para a maioria.

E não só isso é comprovado pelos poucos indicadores epidemiológicos comparáveis e disponíveis, como pela falta de abrangência da atenção, dada a inacessibilidade de grande número de pessoas aos serviços (RONCALLI,2000).

As políticas nacionais, pouco comprometidas com os direitos humanos e sociais e com a democracia, ao contrário, passando inclusive por anos de regime ditatorial, de ideologia liberal conservadora, serve ao interesse da elite dominante e propicia o controle do interesse capitalista do homem sob o modelo de atenção.

Por outro lado, os anos 80 seriam marcados por muitos movimentos de caráter social e luta pela democracia, entre eles o da Reforma Sanitária, que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, donde nos interessa destacar a criação do Sistema Único de Saúde, cujos princípios norteadores foram sem dúvida alguma, baseados no bem estar social.

Nos anos anteriores a 1988, a odontologia era praticamente incipiente nos serviços públicos e caracterizados pela ineficiência, ineficácia, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter monopolista, e pela inadequação no preparo dos recursos humanos (BRASIL, 1980). Características, estas, sem dúvida, suficientes para que a odontologia fizesse parte das indignações que serviram como motor à Reforma. Em outubro de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde se discute a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde.

Só então, após a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, que se tem uma expansão da rede pública voltada à saúde bucal. Mas pode-se dizer que, em linhas gerais, as principais diretrizes do SUS, a universalização, a equidade, a integralidade, pouco ou nada representam aos que da Odontologia se ocupam.

Agora, com uma saturação do mercado de trabalho e o aumento de empresas de odontologia, enfim com a perspectiva de crise da odontologia liberal, de mercado - como aponta Zanetti (1999) e o CFO que reconhece “*a crise de emprego vivida pelo mercado da Odontologia*” - vê-se um esforço de aproximação da categoria, sobretudo por sua entidade representativa mais importante, o Conselho Federal de Odontologia, ao Estado, através da expansão para dentro dos programas do Ministério da Saúde, de novos nichos de trabalho. Nas palavras do presidente da entidade, Miguel Nobre (2001):

*“- Fruto importante deste lobby (o da Odontologia) articulado junto aos gabinetes ministeriais e o Congresso Nacional foi a inclusão da Odontologia no Programa de Saúde da Família, através de portaria assinada no ano passado [2000] pelo ministro da saúde, José Serra.”*

Embora seja uma reivindicação absolutamente legítima, pois assim pode-se dizer de todos os interesses de grupos organizados ou não, há que se considerar que tal movimento não se faz, portanto, exclusivamente em defesa dos princípios do SUS.

E fica evidente que o modelo de atenção que atende às necessidades do mercado, não serve para atender as demandas do SUS.

## **2.2- TECNOLOGIAS NÃO MATERIAIS:**

### **O saber e o trabalho vivo em ato.**

Os instrumentos materiais do trabalho, ainda que predominantemente tomados como sendo as tecnologias, pois ainda é hegemônica a chamada medicina tecnológica (SCHRAIBER,1993) e, possivelmente, em outras profissões de saúde, uma transição tecnológica deste setor pode estar ocorrendo.

Tal transição pode estar se dando, segundo Merhy (2001), pelo uso de tecnologias não materiais, como o Gerenciamento da Atenção/Cuidado, sendo provavelmente um novo pólo transformador das relações do trabalho em saúde.

A reestruturação produtiva , hoje, pode não estar sendo marcada pela entrada de equipamentos, mas tanto pela própria modelagem da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos (MERHY, 2001, p.25).

Não obstante a escassez de trabalhos relacionados ao tema da transição tecnológica em saúde, esse autor nos instiga ainda a refletir sobre as possibilidades conflitantes de apropriações e usos das tecnologias não materiais no trabalho em saúde. Mesmo porque ela pode estar se dando também no sentido de dominação do homem, agora com um novo instrumento, real, concreto, mas não material.

Em contrapartida ao comumente pensado a respeito das tecnologias, não apenas os instrumentos materiais são usados em uma intervenção, seja na natureza seja no homem. A apropriação da prestação de serviço e não de um produto material, para gerar acúmulo de capital com a exploração desse trabalho, tem se dado pelo uso de tecnologias não materiais, como a Atenção Gerenciada na área da saúde. Contudo ela abre novas possibilidades que não a de dominação e exploração.

Em momentos de relação entre pessoas, os saberes podem, eles próprios, operarem como “instrumento” da ação. E, mesmo para a utilização daqueles instrumentos materiais, é preciso que se detenham formas diferentes de saberes, tanto para manuseá-los como para indicá-los (MERHY,1997).

Para o caso do uso dos saberes como instrumentos, saberes ditos tecnológicos ou operantes, a possibilidade de não se utilizarem objetos materiais não pode ser confundida com uma simplificação da ação, pois, muitas vezes, a complexidade de eventos de caráter relacional pode exigir saberes altamente específicos.

Por um lado se o homem utiliza no processo de trabalho instrumentos materiais e mesmo o saber, capturado por ele de outros processos e de fontes teóricas de conhecimento, principalmente da ciência para o caso do trabalho em saúde, por outro lado, pode-se valer de certa autonomia para produzir algo novo, singular, que atenda a seu interesse. Ele se dá no momento do processo produtivo chamado trabalho em ato, trabalho vivo, que representa a singularidade resultante dele, fruto de um certo grau de liberdade presente na relação intercessora interpessoal. Mesmo a escolha de qual instrumento material ou saber que se vai utilizar não é só objetiva e certa. O modo de uso daquele instrumento sim é seguro, é técnico, mas a decisão de usá-lo não.

Assim, a noção de tecnologia aqui utilizada tem uma definição mais ampla do que a corriqueiramente considerada e, conforme o mesmo autor, poderíamos denominá-las de *duras, leve-duras e leves*.

As tecnologias *duras* seriam aquelas presentes nos instrumentos materiais do trabalho, por exemplo, as ferramentas de um sapateiro-artesão, no caso da saúde, a utilização de um tomógrafo, um medicamento, e também a organização rígida do trabalho como nos protocolos de atendimento. Elas não têm razão em si, são expressões tecnológicas do trabalho vivo *em ato*, este sim, portador de uma intencionalidade proveniente das relações sociais onde o trabalho se insere.

As tecnologias *leve-duras* seriam as do tipo processuais, como os saberes bem estruturados da clínica médica, da clínica psicanalítica, da epidemiologia.

As tecnologias *leves* seriam as relacionais, próprias do trabalho *em ato*, trabalho vivo, como a produção de vínculo, autonomia, acolhimento, só concretizadas no encontro intercessor entre o profissional de saúde e um sujeito portador de necessidade.

Diferentemente de processos produtivos de bens materiais, o trabalho em saúde, caracterizado por ser um trabalho da área de prestação de serviços, coloca sempre em contato direto o profissional da saúde (produtor) e o paciente (usuário/consumidor) seja ele individual ou coletivo, possibilitando um momento altamente interativo, onde conflitam e coincidem interesses. E, dado que o produto final de seu trabalho só existirá como resultado

desse encontro, esta dimensão, a do trabalho em ato em saúde, adquire papel central no processo produtivo.

A repercussão mais importante da noção de tecnologia, para além dos instrumentos materiais do trabalho, está também relacionada a este estudo, à medida que permite rever o papel central de seus fins ou de seus produtos finais.

Falar em tecnologia é ter sempre a referência da temática do trabalho, mas em trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de ‘coisas’(bens/produtos) – que funcionam como objetos, mas que não são materiais, duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) – que satisfaçam necessidades (MERHY, 2001, p.30).

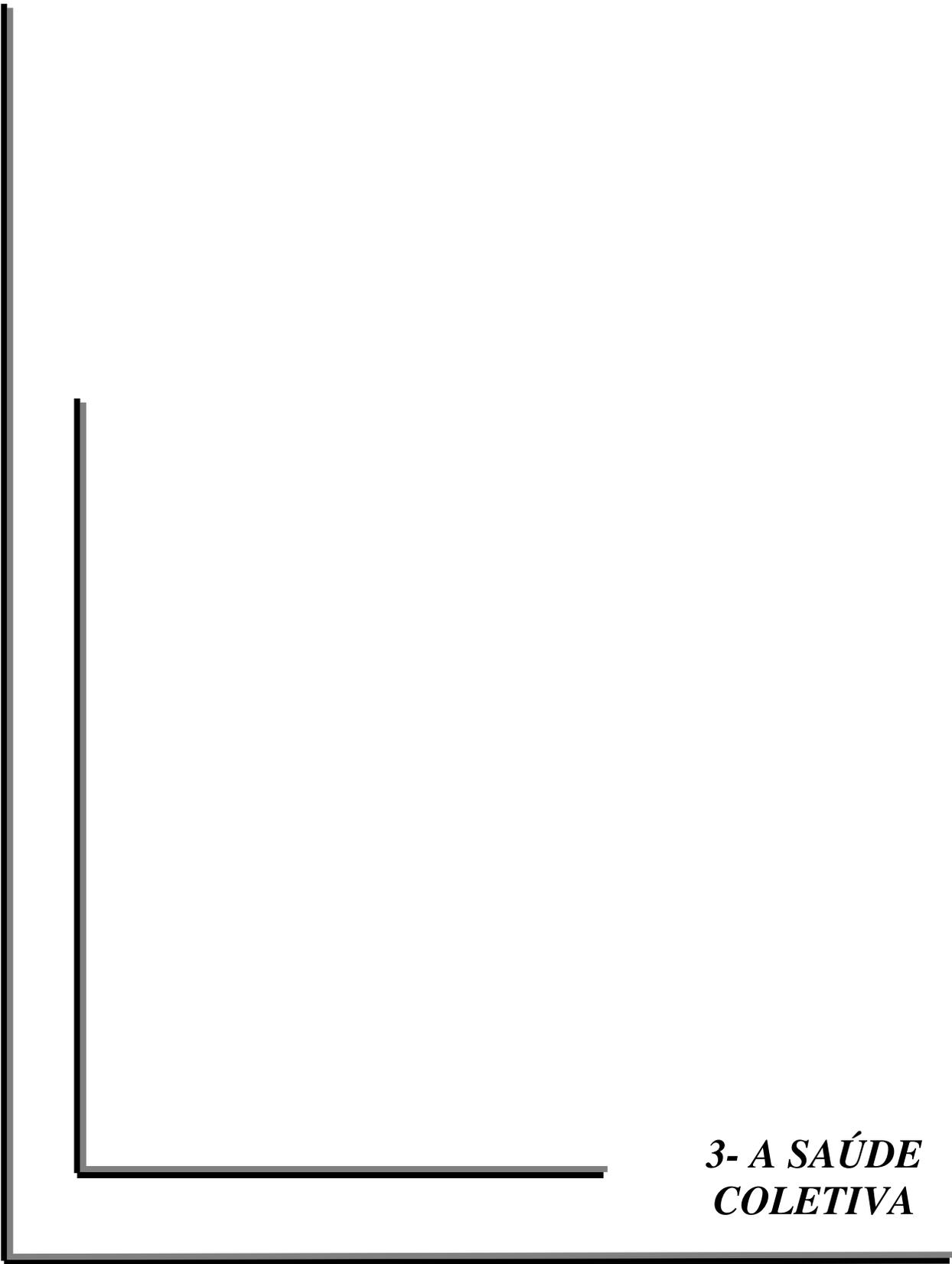
Então, os meios duros, tidos como sofisticados para a realização do trabalho, até então supervalorizados, ficam passíveis de uma análise crítica mais pertinente quanto à sua utilização no processo de trabalho. Não que se proponha uma hierarquização das tecnologias, mas pelo contrário, tê-las disponíveis para uso, de acordo com as necessidades reais dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde e não definidas *a priori*.

O ato de cuidar efetivamente comprometido com o mundo das necessidades de saúde dos usuários tenderia a explorar, de modo exaustivo, o que as tecnologias em saúde detém de efetividade (CAMPOS,1994). Neste sentido os conceitos de saúde doença e de sujeito são estruturantes do uso das tecnologias em saúde coletiva.

As tecnologias então, materiais ou não, seriam ferramentas disponíveis para o profissional da saúde lançar mão no processo de trabalho de forma a produzir cuidado, seja através da cura, da prevenção de uma doença, da promoção da saúde, do acolhimento, do ganho de autonomia, enfim de uma intervenção que satisfaça uma necessidade compartilhada, da forma mais plena quanto possível (MERHY,1997).

Reconhecendo a existência dos interesses por trás dos vários movimentos de apropriação da ciência, é importante buscarmos uma aproximação às questões relacionadas ao uso e disponibilidade de tecnologias, fundamentalmente recuperando a importância que as relações humanas têm na atenção à saúde e, então, no cenário de construção e

consolidação do campo da saúde coletiva, evidenciar a necessidade de se utilizar e se desenvolver tecnologias que atendam as reais necessidades humanas expressas pelos sujeitos, para a melhoria de suas condições de vida. Isto seria uma contribuição a um projeto social menos predador que aquele que considera a saúde humana como alvo do mercado.



***3- A SAÚDE  
COLETIVA***

### 3.1- CONCEITOS FUNDAMENTAIS

As tecnologias em saúde têm algumas particularidades, pelas características do trabalho neste campo, cujo produto final não é material; dentro dele porém mesmo mantendo esta característica ele não se dá de modo homogêneo. O campo da saúde está em verdade compartimentado em disciplinas, nele se inscrevem vários saberes e práticas como a medicina, a odontologia, a fisioterapia, a psicologia, e outras. Mesmo dentro de cada uma, elas se subdividem em especialidades e sub-especialidades, e neste sentido pode-se dizer que o campo da saúde é pluridisciplinar com disciplinas que exercem grande autonomia, mas coexistem de forma estratificada em níveis hierárquicos distintos, com domínio de algumas disciplinas sobre outras.

Por outro lado análises e sínteses em torno da saúde vêm construindo no país um novo campo que passou a ser denominado de Saúde Coletiva.

A saúde coletiva como temática e como campo de práticas teóricas, pedagógicas e técnicas torna-se o objetivo de estudiosos, especialmente a partir do início dos anos 80. Em realidade, a expressão, como forma de aglutinar as diversas práticas preventivas, sociais e de saúde pública, foi cunhada em 1979 (NUNES,1995, p.98).

...trata-se de sair da compartimentalização, que estaria presente também nas pesquisas, procurando dar uma resposta aos problemas de saúde que regra geral não são disciplinares (NUNES, 1995, p.98).

Assim para falarmos desse campo o faremos a partir do termo saúde que segundo NUNES (1995) é carregado de múltiplos significados e que portanto nenhuma disciplina por si dá conta desse objeto. Comporta dessa forma várias disciplinas que se entrecruzam e dialogam no espaço de sua contenção. Enfatizamos aqui seu atravessamento pelas ciências sociais e humanas e as possibilidades de exercícios interdisciplinares nele contido (BOTAZZO,2000).

O conceito ampliado de saúde, proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) é fruto e inspiração do campo da Saúde Coletiva, onde se afirma:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de Saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de Vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (CNS, 1986)

Conceito que tem forte influência do movimento mundial de Promoção da Saúde, que por sua vez foi impulsionado pela Declaração de Alma-Ata (1978), e consagrado na Carta de Ottawa (1986), considera a determinação biológica, mas, também social, do processo saúde-doença, que terá grande repercussão no interior das teorias e práticas em Saúde Coletiva.

Enquanto perdurou o conceito da Organização Mundial da Saúde (1960), que considerava a saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, mais uma declaração de princípios, uma abstração que um conceito, não se avançou naquele sentido.

Desse modo queremos admitir que o campo da Saúde Coletiva é de difícil categorização, carregado que está de matizes e ambigüidades. Para FERREIRA (1995,p.43), “a Saúde Coletiva seria hoje um campo de grande indefinição de limites e diversidade de temas, objetos e métodos”.

Como conseqüência muitos instrumentos de trabalho do campo serão construídos ou re-significados por saberes interdisciplinares; as tecnologias também terão esta característica, sempre na decorrência do conceito ampliado de saúde.

Também carregado de ambigüidade, o termo coletivo tem, não apenas sentido de quantidade, pois qualquer ação que interfira na vida de mais de um ou poucos poderia ser considerado coletivo, a natureza coletiva das ações significam um rompimento com

antigos conceitos da tradicional saúde pública, quando propõe não uma ação sobre o coletivo, ação em massa, de caráter controlista, mas, uma ação, expressão de relações políticas, de atores sociais, de sujeitos, relações intersubjetivas. Ações organizadas junto ao coletivo e com o coletivo, em espaços de existência social, organizações, instituições, como por exemplo, sindicatos, centros religiosos, escolas, etc (BOTAZZO, 1991).

É mesmo na intencionalidade da ação que se pretende entender o termo coletivo, é na sua vinculação a um projeto de sociedade, mais justa e solidária, mais humana e menos material talvez, e não outro, que se ampara sua adjetivação. Assim uma ação mesmo individual não é privada, mas pública, à medida que ela também, interessa ao conjunto da sociedade.

Sucedem que tal publicização não é alcançada senão democraticamente, porque a relevância da ação em um, dois ou muitos está em seu sentido de pertencimento e vinculação. Assim quando o discurso que aí se estabelece parte de um trabalhador da saúde ele não deve ser monopolista, mas compartilhado com o outro, não mais alvo, objeto, e sim sujeito. Tem-se então na ação, a produção de sentido a partir desse encontro.

É central aqui a noção de sujeito, não como definição em si, daquele que realiza a ação, mas daquele que só existe da interação com outro. Não são pessoas com limites definidos, eles têm sua existência na interconexão de pessoas, das relações interpessoais, intersubjetivas. Numa curiosa semelhança a definição que BOHR dá as partículas subatômicas: “as partículas materiais isoladas são abstrações, e suas propriedades são definíveis e observáveis somente através de suas interações com outros sistemas”. O sujeito é assim definido por suas relações com outros e não pelo que é em si.

O campo da Saúde Bucal Coletiva é onde o conhecimento científico relacionado à saúde da boca tem sido estruturado de forma mais próxima a atender princípios como solidariedade, cidadania, democracia, bem estar social, contribuindo para a criação de novas propostas de atenção e disponibilizando novas tecnologias em saúde bucal que não se limitam a procedimentos clínicos individuais e oferecidos como mercadoria.

Assim, para NARVAI (1994,p.108), “(...) *chama atenção, no discurso da saúde bucal coletiva, a defesa de uma odontologia sem adjetivos que, pelo conteúdo de sua prática, afirme relações sociais democráticas.*” Entende-se por saúde bucal coletiva aquela parte da saúde coletiva cujo objeto está associado às questões de saúde e doença da boca cujo objeto está associado às questões de saúde e doença da boca.

Carregado de contradições e ambigüidades que está, o campo da Saúde Coletiva é muitas vezes entendido como um vasto campo disciplinar constituído originalmente no Brasil, do encontro e fusão de três campos antecessores: a tradicional Saúde Pública; as Ciências Sociais em Saúde; as disciplinas Preventivas e Sociais dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição e outros (ENATESPO,2000).

Tal visão, da saúde bucal coletiva como campo disciplinar, originado de conhecimentos de três campos preexistentes, reprocessados e integrados, dando idéia de uma unidade racional, não é consensual, e mesmo como nosso referencial é preciso que se enfatize alguns aspectos, inclusive pela inclusão de alguns saberes da clínica como constituinte do campo.

É importante considerar, como Birman (1991), que, *...o campo da saúde coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles, qualquer perspectiva hierárquica e valorativa.*

É fundamental apontarmos que, apesar da ênfase que se pretende dar pelo aspecto de ruptura da saúde coletiva com a abordagem exclusivamente individual e privativa da odontologia tradicional, não se pretende uma ruptura com os saberes da clínica, mas tão somente no nível do objeto e do objetivo da ação. Afinal, “*...é fundamental admitir que também se produzem conhecimentos, políticas e valores relevantes para saúde a partir de outros campos, como o da clínica ou o da reabilitação*” (CAMPOS,2000, p.223 ).

Importa-nos reconhecer que a Saúde Bucal Coletiva apresenta como característica fundamental uma proposição de práxis que busca não a negação, mas a superação da odontologia tecnicista, bem como a recuperação para o trabalho em saúde

bucal das dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, tendo mais proximidade com os princípios do SUS e seu sentido político-ideológico de bem estar social. Na conformação do modo de produção, a proposta da saúde bucal coletiva, traz para o processo de trabalho importantes mudanças, sendo que o rompimento, já explicitado, com a intencionalidade de acúmulo de capital talvez seja o mais importante. No lugar do capital, toma lugar o bem estar social, na forma de conceito ampliado de saúde, também consoante com a Constituição Federal.

Como consequência, o corpo biológico onde habita o agente etiológico da prática-teoria que caracteriza a odontologia de mercado, com a Saúde Coletiva será politizado, com a formulação clara de que os agravos biológicos à saúde são condicionados pelos distintos modos de viver em sociedade (BOTAZZO,1991).

Por isso tudo, a saúde bucal coletiva tem sido uma forte referência aos que se empenham em utilizar e desenvolver tecnologias que efetivamente interfiram nas condições de vida, no sentido de melhorias com a oferta de mais acesso, conforto e autonomia.

### **3.2- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CONSOLIDAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE COLETIVA E CONTEXTO DE USO DE TECNOLOGIAS**

A criação do SUS no Brasil em 1988 é ao mesmo tempo, marco e consequência política e social ocorrida das análises e sínteses em torno do pensamento que vem sendo construído na saúde no país e que passou a ser denominado de Saúde Coletiva.

Dessa forma, é impossível, neste trabalho, falar de um sem falar do outro, falar da Saúde Coletiva sem falar do SUS: eles mantêm uma relação dialética, sendo que a construção de um tem muito sentido na construção do outro, que de forma dinâmica tem se influenciado mutuamente.

Desde 1988, o Brasil dispõe, por meio de sua Constituição Federal, de uma legislação que prevê, em seu Art. 196, que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado”* e que este deve garanti-la *“mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

Esta conformação jurídica representa a afirmação de um conceito ampliado de saúde, proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), e admite uma necessária interferência do Estado, em nome da saúde, em vários setores, sobretudo através do setor saúde.

O texto constitucional define, principalmente pela criação de um sistema de saúde unificado para o país, que, de forma geral, pode ser descrito como um aparato que cuide de todos os aspectos da saúde de toda população, desde sua recuperação em caso de adoecimento, independente da complexidade envolvida, até a manutenção da saúde em níveis que garanta ao cidadão qualidade de vida.

Este conceito ampliado de saúde e o princípio do direito a saúde, trazem um importante entendimento, de conseqüências operacionais, ainda em construção, da necessidade de se reorganizar a atenção em saúde, sendo seu balizamento doutrinário dado por seus princípios.

*“Universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária Brasileira.” (CECÍLIO,2001)*

A idéia de universalidade, como direito à saúde de forma acessível a todos, é um dos principais rompimentos com o modelo excludente anterior, que só contemplava os contribuintes previdenciários. Pressupõe não apenas o acesso físico a serviços de assistência, mas a ausência de qualquer tipo barreira física, humana, institucional ou social, sem, no entanto, caracterizar-se pelo acesso indiscriminado a todo e qualquer tipo de serviço, mas sim, a todo e qualquer serviço necessário.

Na realidade concreta de operacionalização do sistema, hoje com 12 anos de vida, ele apresenta-se cheio de conflitos, heterogêneo, que por vezes tem direcionamento, por vezes não, e, principalmente, suas fontes de financiamento são insuficientes para satisfazer sua missão (XI Conferência Nacional de Saúde, 2000). Isto tem gerado uma pseudo- universalidade, com oferta ampliada de serviços básicos, mas de modo geral pouco resolutivos frente às necessidades da população. Assim, as prioridades, a despeito de seu caráter intrinsecamente provisório, acabam virando exclusividades e portanto excludentes.

De qualquer modo a baixa qualidade na atenção não é o primeiro desafio, decorrente da universalidade a ser superado, mas, sim, o acesso aos serviços, de boa parte da população ainda excluída. Por exemplo, como aponta o IBGE, pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 29,6 milhões de brasileiros (21,87% da população) nunca foram ao dentista (FIBGE, 2000).

A oferta, condicionada pela necessidade, nos remete aos dois outros princípios que doutrinam a atenção no SUS, quais sejam, a integralidade e a equidade. Ao mesmo tempo, nos coloca o problema da complexidade do conceito de necessidades de saúde (STOTZ,1991), para o qual alguns autores vêm propondo a utilização de um conceito descritivo e operacional, com adoção de uma taxonomia, onde teríamos quatro grandes conjuntos: Necessidades de boas condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo; necessidade de autonomia e auto-cuidado (CECÍLIO,2001; MATSUMOTO,1999).

Assim, a integralidade, que tem um pressuposto teórico de que o homem é um ser bio-psico-social, e que o serviço deveria ser integral de forma a cuidar da saúde em todos seus aspectos de complexidade e abrangência, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação de sua saúde, na prática dos serviços seria o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades de saúde do indivíduo.

Esta nova prática superaria a lógica tradicional, flexneriana, que tende a processar as demandas como necessidades, a partir do saber biologicista, desfazendo a integralidade do homem, assim como superaria a ação setorial, ou desarticulada entre os setores, através de ações interligadas pela missão de atender as necessidades de saúde.

A equidade que desdobra da universalidade funciona como um filtro, como princípio de justiça social, para contrapor-se à iniquidade social decorrente das chances diferentes das pessoas realizarem seus interesses materiais. Neste aspecto, considera-se que o SUS tem um papel redistributivo de condições de qualidade de vida. Sendo que a equidade pode ser entendida como uma superação de desigualdades pela atenção diferenciada às necessidades da população, diferenciadas e determinadas pelo contexto

histórico e social (MALTA,2001). Esta diretriz, que também decorre do conceito de saúde-doença, deve influenciar diretamente no uso da tecnologia.

Os princípios do SUS talvez sejam, ainda hoje, o maior referencial para concretização do direito à saúde, e também seu maior desafio. Assim, seria desejável e mesmo imprescindível que a organização dos serviços oferecidos no âmbito público fossem norteados por eles, inclusive os serviços de saúde bucal. Para tanto, a Constituição Federal define ainda diretrizes operativas para o Sistema: a descentralização e o comando único em cada esfera de governo, a regionalização e a hierarquização.

Essas acabam propiciando uma reorganização da atenção, no nível local, mas, sem dúvida, carecem de detalhamento, que pode se dar pelos chamados modelos de atenção, são importantes orientadores de como os processos de trabalho se constituem e, neles, como se utilizam as tecnologias em saúde.

Porém, ver o direito à saúde realizado concretamente não é tão simples, devido ainda a outros fatores macro-estruturais, como a política, a economia, a sociedade, e micro-estruturais, como a micro-política, o modelo assistencial, a disponibilidade e utilização de conhecimentos científicos e tecnológicos. Repensá-los se faz necessário.

Enfim, a possibilidade real de acesso aos serviços de saúde, que efetivamente satisfaça às necessidades dos cidadãos, em outras palavras uma atenção que produza um cuidado de qualidade, é o desafio que entendemos estar colocado na construção do SUS, e o uso das tecnologias segundo o referencial da Saúde Coletiva é uma importante contribuição neste sentido.

### **3.2.1- A Estruturação da Saúde Bucal no SUS e algumas potencialidades do Programa Saúde da Família**

Ao invés de descrevermos o Programa Saúde da Família (PSF) em sua versão oficial-teórica, queremos aqui analisar alguns de seus aspectos que, ao nosso ver, são potencialidades para uma mudança no modo de atenção que visa a cura centrada na doença, no corpo físico, no indivíduo, para uma atenção que visa o cuidado em saúde, individual e coletivo em sua complexa realidade, também social e emocional.

Para isso, vamos apresentar tais potencialidades como contraponto, uma alternativa, frente à situação historicamente construída para atenção em saúde bucal. Assumindo portanto, que se tratam de proposições críticas, para reconstrução da atenção.

Como o PSF está reorganizando a atenção básica, incluindo a saúde bucal, no âmbito do SUS, faremos um breve histórico da construção desta área para podermos entender o Programa em suas possibilidades.

Nossa partida será a criação do próprio SUS, consolidação legal e política, como cabe lembrar, de um ideal de sociedade humana e solidária. Vemos então, dos anos seguintes à criação do SUS até hoje, um grande impulso na constituição da rede de serviços de saúde bucal com caráter público. Regulamentam-se, em todo país, os dentifrícios (BRASIL, 1989), busca-se aperfeiçoar o controle do teor de flúor na água de abastecimento público (MANFREDINI, 1996) bem como, intensifica-se o cumprimento à lei que torna a fluoretação dessa água obrigatória, com a municipalização das ações de vigilância sanitária. São criados também serviços de assistência odontológica em muitos municípios, ações, dentre muitas outras, que visam uma atenção universal e integral à população.

Sem dúvida, as mudanças nesta área de saúde, desencadeadas para construção do SUS, produzem conflitos especialmente no momento em que seus princípios de universalidade e integralidade foram tomados para a organização das práticas em saúde. O serviço em saúde bucal, que até então era privilégio dos trabalhadores que contribuía para as caixas de aposentadoria e pensão, precisou ser redimensionado com objetivo de atender ao direito de acesso de todos.

Assim o ritmo de incorporação desses princípios nos serviços de saúde bucal, pode-se dizer, esteve muito mais determinado por interesses avessos ao sistema, que por seus princípios, pois, uma inversão radical da situação de exclusão à de universalização ainda era utópica.

Para CAMPOS (1997), trata-se de uma questão também política:

O núcleo explicativo das políticas neoliberais – a idéia de que a crise dos Estado moderno seria centralmente decorrente do descompasso entre expectativas de bem estar e a capacidade de atendê-las – é uma constatação real, mas que não abre perspectivas para resolução democrática desse conflito.

E a tônica dos discursos era sempre a mesma: não há recursos para isto ou aquilo que não é prioridade (do Governo). O financiamento do SUS ia ficando cada vez mais a cargo do Município, com uma ausência quase completa do Estado, e modesta participação da União. Neste sentido, o SUS seria uma contraposição política a esta tese, quando propõe a participação popular, que, por sua vez, tem imposto ao estado uma ampliação dos direitos sociais.

Como os modelos de atenção dos serviços de saúde bucal vinham sendo quase exclusivamente norteados pelo mercado, como apontamos, e ainda, que os serviços públicos, quando muito, se preocupavam com ações focais, os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade representaram um choque para a organização dos serviços de saúde. A incorporação da atenção em saúde bucal ao SUS teria, conseqüentemente, importado para o sistema grande parte do modelo hegemônico.

A assistência seria marcada, por muito tempo, pela programação excludente em saúde, ou senão, seria completamente desestruturada e sujeita a uma clínica odontológica tradicional piorada, com os vícios da produção procedimento centrada e tecnicizada e sem vínculo entre o profissional e o paciente. Este modo de produção e organização da atenção marca profundamente até hoje, os serviços de saúde bucal no SUS.

Produto e reforço desta situação, o financiamento seria marcado pelo pagamento por produção de procedimentos (BRASIL, 1991), de difícil controle técnico ou administrativo, tornando o procedimento quase sempre, um fim em si. Propiciando, assim, a organização de serviços altamente burocráticos, norteados por normas, protocolos e tabelas de procedimentos. Se algo bom poderia ser apontado daquela estrutura, seriam os procedimentos de caráter coletivo, os PC I, PC II e PC III (BRASIL, 1991), que envolviam atividades educativas, preventivas e de proteção a grupos populacionais, ampliando de alguma forma a compreensão sobre a atenção à saúde bucal. Mas, infelizmente, ainda distante da atenção integral prevista pelo princípio do SUS.

A programação em saúde na maioria dos locais não tem sido capaz de reverter este modo de produção hegemônico, ao contrário, só faz reproduzi-lo. Isto porque, dependendo da intencionalidade dos sujeitos da ação, à medida que se normatiza, que se estabelece prioridades, pode-se fechar para as relações imprevistas, afastando-as, não

favorecendo a reflexão crítica; ao objetivar sua relação com a demanda, afasta-se do que é muito importante no campo da saúde: o medo, o desejo, a entrega, a esperança e a realização, enfim, das relações humanas e subjetivas de quem faz um serviço com quem o recebe.

De certa forma, o nome: Programa, da atenção centrada na família, advém desse acúmulo, da necessidade de se organizar a demanda frente aos recursos. Tem contudo um sentido menos programático e mais estratégico. Pois vejamos, mesmo as disciplinas tradicionais da Saúde Pública, como a Epidemiologia e suas tecnologias, que poderiam auxiliar na defesa do direito à saúde idealizado pelo SUS, em nome da racionalidade, da promoção de saúde, da prevenção, da atenção coletiva, do planejamento, vinham sendo usadas na programação em saúde como arma pelo saber técnico, em discursos e justificativas que lhes autorizem e lhes dêem poder, como no planejamento normativo.

Como exemplo, veja: o uso acrítico da epidemiologia na organização da demanda, que impõe a formulação de programas que visam modificar o perfil epidemiológico da população. Isto feito sem avaliações, de forma autoritária, tem conseqüências sociais desejáveis, mas, também, outras indesejáveis e muito marcantes. É o caso da discriminação que se faz na atenção à saúde bucal do adulto em “benefício” (prioridade) da atenção à criança. O PSF é um marco de superação desta “priorização” pois inclui radicalmente o adulto, saindo do recorte por faixas etárias para o de necessidade e risco.

Vemos então um contraste que pode refletir, a um só tempo, a exclusão *versus* a universalização observado no período pré e pós SUS. Usando os meios da própria epidemiologia para “objetivarmos” este contraste, temos, como exemplo, o Município de Paulínia, onde o índice de cárie (CPO-D), segundo levantamento epidemiológico realizado em 2000, nas crianças aos 12 anos, está em torno de 1,0; aos 18 sobe para algo em torno de 5,7 e, nas faixas etárias superiores continua aumentando, sobretudo, com a perda de muitos dentes (PAULÍNIA, 2000).

Não seria de se estranhar, pois, que a maioria da população adulta carente (os excluídos, não prioritários) considerasse “normal” que seus dentes fossem perdidos ao longo de sua batalha pela vida, já que, antes de seus dentes, ela precisa cuidar de várias necessidades básicas e isso é incorporado e reforçado pelo modelo de priorização.

Abro aqui um parêntese para analisarmos a noção, que o senso comum tem, da saúde bucal do adulto e, conseqüentemente, de sua assistência. A prática de mercado influenciou esta concepção ao longo de sua longa história, pois vejamos: o baixo acesso aos serviços disponíveis, predominantemente privados, aliados a um perfil epidemiológico indicando alta prevalência de doenças bucais, sendo que as principais delas, a cárie dental e a doença periodontal, quando não tratadas têm por seqüela a perda do órgão dental. Isto criou um país de desdentados, onde se considera fato inevitável a perda dos dentes, gerando certa conformação e acomodação da população.

Neste sentido, CAMPOS (1991) aponta: *“Na realidade a história social de qualquer doença é profundamente determinada pela quantidade de sofrimento que é capaz de induzir e, portanto, muito influenciada pela subjetividade dos sujeitos. Ou seja os meios que uma sociedade provê para controlar uma doença dependem da resignação com que seus membros a encaram...”*

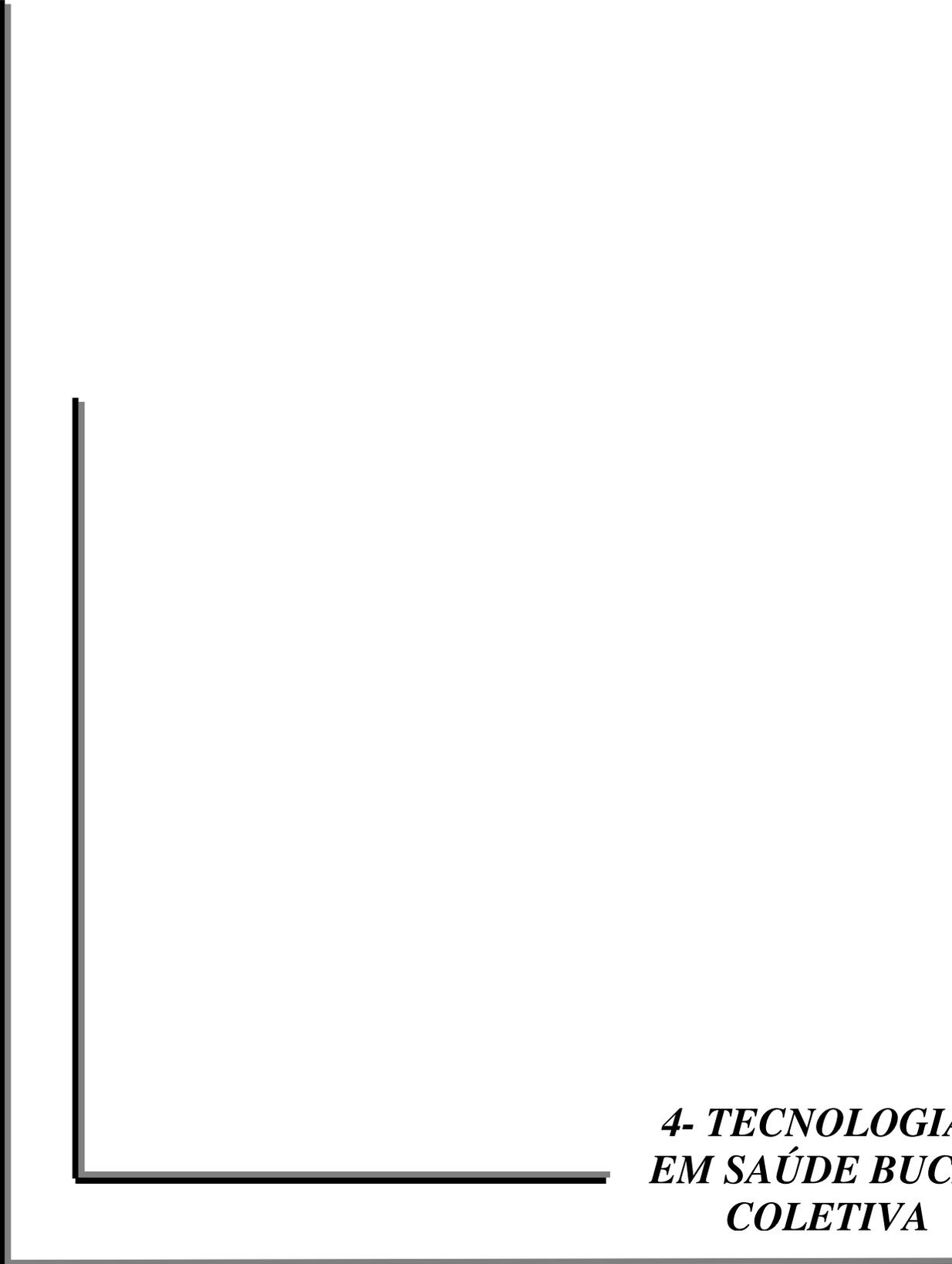
Fecho este parêntese acrescentando que os serviços públicos não podem continuar contribuindo com esta visão, seja por oferecerem em seus serviços apenas apoio emergencial - para alívio da dor - aos adultos, seja por justificarem seu modelo de atenção no sucesso do combate à cárie em crianças.

A estratégia de atenção à família, que rompe então, com a lógica da priorização aos escolares, com inclusão do adulto, vislumbra aí, além do direito à saúde, uma forma de ampliação real da oferta de cuidado, visto que as necessidades dos adultos sendo maiores, maiores serão as demandas, o que evidencia a disparidade entre necessidades e capacidade de atendê-las, evidenciando-se como um problema de saúde mas, também, político. Assim, por um lado aumenta a percepção da população de sua resignação com seu estado de saúde bucal, por outro pressiona a classe política por maiores recursos.

A atenção básica que vinha sendo prestada em UBS e, de modo ainda incipiente, por equipes de saúde da família, teve um radical incremento destas equipes, que passou a caracterizar a atenção básica como propõe o Programa de Saúde da Família, responsável pela atenção integral aos indivíduos e pela vigilância do território. As UBS passaram a operar como USF e sob um novo desenho. Desse, nos interessa destacar, a vinculação do cuidado a um novo sujeito, o grupo família com seus sujeitos individuais constituintes. Para além das múltiplas e subjetivas definições do que vem a ser a família, do modelo de família que se adota, há sem dúvida alguns pontos inegáveis em torno dela. Para nós, ela é um dos determinantes da condição humana, e portanto local de produção e reprodução, de pertencimento, de segurança, é onde se vive grande parte do tempo ligado física ou mentalmente, e portanto, onde a saúde-doença deve ser estudada. Digamos que, dos locais de produção de saúde doença na vida em sociedade, a família seja um ponto estratégico e então que a determinação social tomada como fator de risco as doenças é indissociável dessa forma de organização da atenção. Neste aspecto, tal organização da rede básica é vista aqui como favorecedora do uso das tecnologias estudadas.

Passado mais de uma década da criação do SUS, prevalece a situação de saúde bucal precária da população, onde milhões de pessoas nunca tiveram sequer acesso à assistência odontológica. Desta forma, o ritmo de incorporação de cuidados em saúde bucal no SUS parece estar muito aquém das necessidades das pessoas, submetido que estava aos vários condicionantes.

Como em todas as outras situações de nossa vida, no SUS também estaremos disputando posições políticas, ideológicas, inventando modos de fazer em função delas e para sua reprodução. Na área da saúde, em especial, vejo com muita preocupação o uso de ferramentas tecnológicas da saúde coletiva reproduzirem o modo de produção hegemônico, visto que não contribuí para a construção da atenção em saúde que aspiramos.



***4- TECNOLOGIAS  
EM SAÚDE BUCAL  
COLETIVA***

Uso de tecnologias **em** saúde bucal coletiva ou uso de tecnologias **de** saúde bucal coletiva? Esta foi uma dúvida que percorreu este trabalho desde sua elaboração inicial. Podem significar coisas diferentes, pois, embora ambos verbetes sejam preposições, eles tem sentidos diferentes: **em** “entra na composição de adjuntos adverbiais que exprimem idéia de lugar onde se está, ou sucede uma coisa” e **de** é usado no sentido de “pertença, proveniência, origem”. Assim, pode-se pensar no uso de tecnologias que são provenientes de um campo do conhecimento, ou, diferentemente, se pensar em tecnologias provenientes de outros campos usadas na prática de saúde bucal coletiva. A dúvida foi se desfazendo, contudo, na aproximação ao nosso objeto, também no momento do trabalho de campo, que evidenciou parte da compreensão que passamos a ter do sentido do pertencimento, que o campo da saúde bucal coletiva comporta.

É da intenção, do modo de uso, mais que da origem e da prescrição definida *a priori* que se caminha em direção ao campo da saúde coletiva. É em sua teoria-prática, crítica e modificadora, que busca a produção de sentido compartilhado entre sujeitos, que está a possibilidade de vinculação e pertencimento das tecnologias ao campo.

Cabe lembrar, que se entende por saúde bucal coletiva aquela parte da saúde coletiva cujo objeto está associado às questões de saúde e doença da boca. Assim, tal questão talvez decorra da própria característica da Saúde Coletiva que é bastante dinâmica, de conhecimento em construção, que ao mesmo tempo é campo e núcleo de saberes e práticas.

Quando pretendemos recortar do campo da saúde o da saúde bucal coletiva e suas tecnologias, há que se considerar, que entendemos, como CAMPOS (2000), que esta seria também um núcleo de saberes e indicaria “(...)uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo.” Constituído a partir “(...)da necessidade, e da inevitabilidade de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campo de saberes”, sua institucionalização poderia se dar de forma aberta e flexível, não como uma ocorrência automática, mas socialmente construída.

Sem a pretensão de uma abordagem epistemológica exaustiva da questão, gostaria apenas de situar nossas referências teóricas, para enfim, apontar que não se trata aqui de tecnologias de domínio do especialista apenas, nem de aplicação exclusiva em coletivos, mas de tecnologias que se caracterizem pela produção da saúde que, de alguma forma, assumam compromisso com o mundo das necessidades dos usuários, que mesmo quando dirigida ao indivíduo tenha uma dimensão coletiva, tanto pela contribuição à conformação de um novo modelo de atenção, quanto pela representação social que produza. Para tanto, os conceitos de saúde-doença e de sujeito da Saúde Coletiva são estruturantes do uso das tecnologias; essas terão como características o mesmo atravessamento interdisciplinar do campo/núcleo.

Mas, não se pretende definir as tecnologias de Saúde Bucal Coletiva como aquelas que lidam com ações direcionadas a coletivos, em contra-posição àquelas que lidam com ações individuais, nem, tampouco, como as que lidam com determinações sociais e não determinações biológicas. Admite-se a Saúde Bucal Coletiva como um núcleo constituído a partir da interdisciplinaridade, mas com todo dinamismo que a definição de núcleo que CAMPOS nos oferece; campo e núcleo, então. Portanto, mais que definidas *a priori*, as tecnologias serão exploradas pela perspectiva de possibilidades de produção do cuidado e do auto-cuidado, do reconhecimento e satisfação compartilhada das necessidades de saúde.

Ao contrário, também não se pretende que uma classificação de tecnologia, como da saúde bucal coletiva, traga em si garantia de que seu modo de uso seja o este que aqui nos referimos para elas.

Destaque-se como algumas das principais que podem pertencer ao campo: a fluoretação das águas de abastecimento público, a fluoretação do dentifrício, educação em saúde, trabalho em equipe e avaliação do risco de cárie dentária. Representam medidas de impacto populacional, que tomam como fundamento os conhecimentos adquiridos na vastidão interdisciplinar que vem conformando a Saúde Coletiva como campo do saber humano (FRAZÃO,1998).

É interessante apontar que muitos métodos de prevenção de doenças bucais são conhecidos, permitindo uma grande possibilidade de associações entre eles. Ações individuais, como o uso do flúor em diferentes concentrações e apresentações, associadas àquelas citadas, oferecem um grande menu disponível para os profissionais. Esta seleção de métodos é precedida de saberes e de intenções, que orientarão um julgamento e tomada de decisão, antes mesmo da ação. É aí que se colocam nossas primeiras argüições, pois se trata de um momento muito significativo do trabalho em saúde visto entendermos que essa escolha poderia se dar, explorando a melhor fórmula possível de oferecer o cuidado, usando saberes da cariologia, da epidemiologia, do planejamento, mas também da intuição, da subjetividade, do modo de vida da população alvo. Em outras palavras, seria uma seleção interdisciplinar e compartilhada.

Em tal seleção a posição ocupada pelos sujeitos que a motivam, trabalhador da saúde e usuário, tem um grande significado, revelando, em parte, o quanto essa escolha depende da relação que as determina. A prática desejada em Saúde Coletiva coloca esta relação intersubjetiva no centro da produção da saúde e do auto cuidado, devendo resultar numa interseção cuidadora direcionada para satisfazer necessidades compartilhadas e que buscam ganho de autonomia.

Assim cuidar da saúde de alguém não é o mesmo que construir um objeto e intervir sobre ele. Curar, tratar e controlar tornam-se intervenções limitadas. A relação é cuidadora, e por conseguinte, não necessariamente dependente de instrumentos materiais, sendo às vezes pouco dependentes de instrumentos, podendo ser apenas diálogo, solidário, intencional, mas concreto. É possível se desdobrar em ações inusitadas, inertes aos “olhos” de outras práticas.

Então como aponta AYRES (2001, p.9)

...se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral etc., então os constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda..

Trata-se enfim, de compartilhar a decisão de uso da tecnologia, de compartilhar a construção de verdades úteis para a produção da saúde a partir de conhecimentos acadêmicos mas também de sabedorias práticas, culturais, do senso comum. De se estabelecer um diálogo verdadeiro que supere o uso da linguagem técnica, ligando o mundo do técnico ao público (AYRES,2001).

Assim, por exemplo, embora a fluoretação das águas de abastecimento público, seja eminentemente uma tecnologia de alcance coletivo, com potencial para trazer grande redução na prevalência de cárie, seu uso por cumprimento a lei, ou sem vigilância, pode não extrair dela, toda sua força que não é só de prevenção em massa, mas uma ação cuidadora, e para nós essa ação é, sobretudo, relacional.

Enfim, consideramos que a Saúde Bucal Coletiva se constitua em um núcleo privilegiado de saberes para produção de tecnologias que atendam as demandas sociais impostas aos serviços de saúde. Ideal seria se possibilitasse desenvolver “*tecnologias de promoção da saúde bucal que possam contribuir para a elevação da consciência em relação aos determinantes sociais do processo saúde-doença e para organização de práticas coletivas de saúde...*” (FRAZÃO, 1998). E “*tratar os usuários, efetivamente, como sujeitos portadores e criadores de direitos.*” (MERHY,1997).

Dessa forma não se pretende classificar de forma apriorística algumas tecnologias e outras não, como pertinentes ao campo estudado.

Para elucidar nossa concepção e análise a respeito das tecnologias de saúde bucal coletiva, e principalmente sobre o modo de uso delas, trataremos a partir daqui, mais especificamente de duas tecnologias bem conhecidas, e que, ao estar disponíveis são apropriadas, transformadas e utilizadas num contexto onde entram em cena alguns sujeitos. Estes é que darão sentido às tecnologias, no modo como e porque as utilizam, ou concebem fazer.

Assim, a fluoretação da água e a avaliação do risco de cárie dentária foram tomadas como eixos principais para operacionalizar o estudo. Escolhidos por sua importância estratégica no combate à cárie, ainda com alta prevalência na população, mas com tendência de declínio em crianças; trata-se de tecnologias em uso há bastante tempo, disponíveis portanto, mas incorporadas com diferentes significados.

Importante frisar que há uma interdependência entre o uso da tecnologia da fluoretação das águas de abastecimento e da avaliação de risco de cárie, uma vez que se recomenda o uso de produtos fluorados em função do risco de cárie.

#### 4.1- FLÚOR NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO

Desde os primeiros estudos, realizados por McKay (1916)<sup>1</sup> no início do século XX, nos Estados Unidos, para investigar alterações de cor nos dentes das pessoas de uma determinada região, se associam essas alterações a algum constituinte desconhecido das fontes de água dessas comunidades. Na década de 30 o flúor é reconhecido como causador dessas alterações (THYLSTRUP,1995).

Foi DEAN (1936) quem primeiramente investigou a prevalência e a severidade dos distúrbios nos dentes – chamados a partir daí de fluorose dentária - provocados pelo flúor e descobriu então que havia uma relação inversa entre a fluorose e a cárie dentária (DEAN, 1938).

Assim, o conhecimento que surgiu a partir daí vem sendo aprimorado e disponibilizado, inclusive na forma de fluoretação de águas, para o benefício de vários povos. Dentre os métodos de prevenção à cárie, a fluoretação das águas de abastecimento público é uma opção consagrada no Brasil. Ela é considerada um meio coletivo de prevenção da cárie dental de significativa importância, visto que produz redução aproximada de 60% na prevalência da doença em 10 anos de utilização. Tendo sido aplicada pela primeira vez em 1953, no município de Baixo Guandu, Espírito Santo, ganha caráter oficial com aprovação no Congresso Nacional, em 1974, da lei 6.050, que determina a obrigatoriedade da fluoretação nos municípios com estações de tratamento de água.

A técnica de adição do composto de flúor à água é bastante simples, seja para a forma de sal, o fluossilicato de sódio ( $\text{Na}_2\text{SiF}_6$ ), seja na forma de ácido, o ácido fluossilícico ( $\text{H}_2\text{SiF}_6$ ). Cones, cilindros ou tubulações de saturação e suspensão

---

<sup>1</sup> McKAY, F.S. BLACK, G.V. Mottled teeth – an endemic developmental imperfection of the teeth heretofore unknown in the literature of dentistry. **Dent Cosmos**, 1916; 58: 129-56. apud THYLSTRUP, A. 1995.

constituem-se nos equipamentos dosadores para o sal, enquanto os Dosadores de Nível Constante (DNC) em seus dois tipos – por gravidade ou automatizados – são indicados para adição do ácido.

O teor ótimo recomendado nas condições de temperatura média no Brasil é de 0,7 ppmF ou 0,7 mg de flúor para cada litro de água, devendo ser rigorosamente controlado, para que se mantenha como um meio seguro, sem risco de toxicidade crônica (que provoca fluorose), e com o efeito preventivo esperado. Também de extrema importância relativamente à eficácia da fluoretação é a continuidade da medida.

Controversa em outros países, a adição controlada de flúor é tida, no Brasil, como um importante eixo no combate a cárie, mas caberia perguntar como tem sido o uso deste método de prevenção pelos profissionais.

Pode-se observar, nos últimos anos, inúmeras mudanças nos padrões de morbidade das doenças bucais, decorrentes de avanços nos processos de diagnóstico, mudanças nos hábitos sociais e de saúde, desenvolvimento industrial, cultural e difusão de técnicas preventivas, entre elas o uso maciço dos fluoretos (MANDEL, 1992). Entretanto, inúmeros estudos têm sido divulgados identificando o primeiro sinal clínico do efeito tóxico dessa substância - a fluorose dentária (BROTHWELL, 1999; BURT, 1995; FEJERSKOV, 1994).

A fluorose é uma doença que se manifesta por uma alteração sub-superficial do esmalte dental, com variado grau de severidade. Provocada pela ingestão prolongada de flúor durante a fase de formação dos dentes, chamada amelogênese, é considerada um efeito da toxicidade crônica do flúor. O período de desenvolvimento em que os dentes estão mais sujeitos a fluorose parece ser dos 22 aos 26 meses de idade da criança (EVANS, 1991). Clinicamente, se apresenta como alteração simétrica dos dentes homólogos, e não evolui com o tempo. Quando há perda superficial do esmalte, o risco à cárie aumenta, mas nesse caso a fluorose serve com fator predisponente.

No âmbito coletivo, constitui-se em relevante problema para a saúde:

A fluorose dental torna-se, então, um problema relevante em saúde pública, porque em suas formas moderada ou severa provoca alterações funcionais e estéticas que interferem na formação da personalidade, na inserção no mercado de trabalho, exige tratamento odontológico de alta complexidade em casos mais graves, tem etiologia conhecida e é factível de ser prevenida (CANGUSSU, 2002).

Suas formas brandas são comuns onde há água de abastecimento público fluoretada, contribuindo para isso outras formas sistêmicas e tóxicas do uso dos fluoretos. A forma severa da doença é observada, geralmente, em locais onde o flúor está presente em altas concentrações nos mananciais de água.

Entendemos que esta tecnologia de fluoretação das águas, que envolve a participação de profissionais como o engenheiro sanitário e o químico dentre outros, e empresas e organismos de saneamento, é eminentemente intersetorial e multiprofissional, tendo como eixo principal a área da saúde e, nesta, um profissional da saúde bucal.

A ação setorial específica de saúde em relação a ela é a vigilância sanitária, com base no heterocontrole do teor de flúor na água, que deve ser feito por órgãos especializados no município. Cabe reiterar que é competência do SUS assegurar que a população consuma um produto em conformidade com as exigências legais. A Resolução SS-293/96, de 25/10/1996, estabelece os procedimentos do programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano no Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Muitas vezes é executada por técnicos do serviço de vigilância, para avaliação de um gestor ou coordenador sobre o qual recai, uma responsabilidade institucional mais direta.

Ainda referente a esta instância, tem-se apontado a dificuldade em manter sistemas operacionais de monitoramento dos níveis ótimos de flúor na água através do heterocontrole (Narvai, 2000). O que é altamente significativo, visto os aspectos técnicos apontados anteriormente.

Há que se considerar que aquela tecnologia não tem razão de ser somente no local onde a água é tratada, na estação. Sucede ainda que, para encontrar sentido em sua utilização, outro aspecto do uso desta tecnologia, qual seja, o saber envolvido no uso do flúor por dentistas ligados à atenção básica, há que ser considerado. Este que será o principal vetor e co-responsável pelo uso do flúor na água.

Portanto, cabe esmiuçar que a ingestão de flúor deve ser contextualizada, sua disponibilidade deve ser trabalhada e mesmo considerada para redução do risco de cárie e controlada para o risco da fluorose. Seria imprescindível conhecer o teor de flúor na água disponível para ingestão, para então assegurar seu consumo. Para isso o profissional responsável pelo cuidado deve conhecer os princípios de vigilância do flúor, sobretudo o heterocontrole; deve confiar nele, e saber associá-lo aos métodos individuais de acordo com o risco de cárie, sem provocar fluorose como efeito colateral.

Mais que um meio de prevenção em massa, com benefício compulsório, é preciso que se conheça e se controle o acesso ao flúor, que é encontrado sob diversas formas. O flúor está presente também nos dentifrícios, em soluções para bochechos, géis para aplicações tópicas e outras, que, combinadas com ações educativas e práticas de higiene pessoal, bem como pelo acesso à assistência, vem sendo utilizado como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária (SÃO PAULO,2000), produzindo assim importantes mudanças no perfil epidemiológico da mesma no Estado de São Paulo (SES,1998). Fato que tem promovido melhorias significativas na saúde bucal e na qualidade de vida das populações (BURT, 1995). Desta forma, tal saber contribuiria para o uso seguro do flúor, incluindo, evidentemente, o consumo de água fluoretada.

Assim, é preciso lançar mão destas, de outras formas de uso do flúor ou mesmo de nenhum flúor de acordo com um certo risco de cárie, tanto coletivo como individual. Aspectos sócio-culturais, idade, experiência prévia de cárie, localização da lesão, atividade de cárie, etc, são uns dos principais fatores relacionados ao risco de cárie identificados por inúmeras pesquisas científicas que abordam o tema.

Sem detalharmos as possíveis classificações decorrentes dos fatores de risco à cárie, é preciso apontar que o mencionado uso racional do flúor deriva daí, ou seja, quem tem mais risco precisa mais e vice-versa. Sucede então que este é um saber constituinte do

saber tecnológico envolvido no manejo do consumo de água. E portanto, qualquer decisão sobre o uso de produtos fluorados, precisa ser precedido de uma avaliação, epidemiológica e também clínica, para que o uso do flúor seja planejado e seu emprego efetivamente indicado de acordo com a necessidade, associando-se os diferentes métodos.

Por outro lado, mesmo pressupondo que há comprovação de que o uso racional do flúor oferece benefício sem risco, é importante apontar que existem dificuldades inerentes aos aspectos onde o profissional não atua diretamente, senão como co-responsável. Mesmo que a disponibilização e orientação para uso do flúor seja baseada em critérios racionais, a ingestão de flúor que determina fisicoquimicamente a alteração de uma estrutura biológica é determinada por questões sócio-culturais, que incluem a ingestão de água fluoretada ou não fluoretada, a ingestão de dentifrícios em maior ou menor quantidade, enfim, de uma rede social de determinações, incluindo e atendendo, ainda, a critérios de ordem pessoal daquele que o consome e, portanto, carregado de subjetividade.

Cabe questionar que local o sujeito, para o qual supostamente o flúor é oferecido como benefício, está assumindo neste processo social. A abordagem profissional em torno da equação risco x benefício deve, assim, incluir o usuário do sistema neste julgamento, que terá como resultado uma opção partilhada de exposição ao flúor; pois é preciso considerar “antes e radicalmente a figura do paciente, isto é...,do sujeito, esse que é dono do próprio corpo ou deveria ser” (BOTAZZO,2002).

É na integralidade da ação, cabe enfatizar, que a prática de saúde bucal coletiva lança seu olhar mais crítico. Ao contextualizá-la, dá sentido real à fluoretação: ao investigar de fato o acesso à ingestão da água, e não ao consumo - para um banho por exemplo -, ao trabalhar este aspecto para criar condições de autonomia e auto-cuidado nas pessoas, ao recomendar consumo e advertir do risco à cárie quando voluntariamente se optar por ingerir água não fluoretada, e do risco de fluorose quando não se controla a ingestão do flúor, mesmo na água.

A possibilidade de acesso à água de abastecimento público fluoretada deve ser universal, mas não obrigatória. De fato, quando não se tem a ingestão de água de abastecimento, ou isto ocorre por impossibilidade de acesso ou por opção de consumo para

ingestão, e neste caso, embora os meios disponíveis para atenção sejam diferentes, a abordagem deveria ser a mesma.

Sob este olhar da saúde bucal coletiva, portanto, ver-se-ia interferindo na disponibilidade e uso do método, o sujeito, para quem ele deveria servir, sem perda dos aspectos técnicos indispensáveis ao método. Assim, principalmente o fato do profissional poder interagir sobre que água o sujeito quer, pode ou deva consumir é altamente carregado de sentido, e significativamente diferente para a prática odontológica e para a saúde coletiva. Se, para uma, o método deve ser um benefício compulsório, para outra seria uma opção relacionada à autonomia e autocuidado.

#### **4.2- AVALIAÇÃO DO RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA**

De acordo com o conceito de saúde-doença emanado da Conferência Nacional de Saúde de 1986, tal qual adotamos aqui, podemos derivar que a boca é local de seqüelas de uma condição de vida. Condição, mesmo da boca, que favorece ou não o desenvolvimento do processo saúde-doença cárie, e daí também decorre que o risco ou a possibilidade dela ocorrer não é igual para as pessoas, grupos e povos, pois não vivemos, na sociedade em igualdade de condições. As formas de organização social para produção de renda, alimentação, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, propiciam, em cada situação, uma somatória de determinantes que concretamente influenciam na forma de se viver. É neste complexo contexto histórico e de desenvolvimento social que o risco de cárie de um indivíduo ou grupo deve ser compreendido, pois é somente aí que ele existe de fato.

Assim, a avaliação deste risco se dá pela apropriação destas condições por um dos sujeitos sociais, um trabalhador da saúde, pertencentes a este contexto.

Mas, como observar condições de vida? Como observar os principais determinantes da doença? Como observar tão complexa realidade?

Desde logo é preciso considerar que tal aproximação, de uma situação concreta de vida, é limitada, mas nem por isso deve ser superficial e tomada de assalto do sujeito que a vivencia, para o julgamento de quem não a vivencia, embora ambos, juntos, façam parte

do contexto. Este julgamento, essencial para a avaliação do risco, deve então ser precedido não só de observações, mas também de percepções. As observações são realizadas geralmente por meio de exames, seja do corpo da pessoa, do ambiente onde mora, de seu relato histórico de vida e de “saúde”, enfim buscam informações que, categorizadas, dão sentido de objetividade ao julgamento. Já as percepções são realizadas em todo momento do encontro físico e mental entre quem julga e quem está sob julgamento, e não decorre de um exame, mas é natural, é decorrente da interseção dos sujeitos como a percepção dos medos, desejos, angústias, subjetividades então, que determinam um julgamento humano.

Sem especular sobre as conseqüências possíveis de um julgamento superficial ou tendencioso seja para questões objetivas ou subjetivas, é preciso que se destaque o caráter de complementaridade destas formas de avaliar o outro. E, assim, considerar este como o caráter essencial desta tecnologia, que, ao mesmo tempo, pode ser usada como um saber estruturado, presente em seus aspectos técnicos, e como uma tecnologia relacional, presente no “trabalho vivo em ato”.

Cabe também apontar que a avaliação do risco, ou seja, a avaliação das possibilidades de desenvolvimento do processo saúde doença é que será tomada como tecnologia, e não uma classificação deste risco. Tal classificação é apenas um inevitável desdobramento da avaliação e pode ter várias finalidades, como a de simplificação operacional de procedimentos. E é neste processo de objetivação e operacionalização do conceito de risco, que se pode incorrer na fragmentação da atenção em saúde e na perda de integralidade.

Partimos, assim, destacando o caráter da integralidade da atenção e sua importância relacionada ao tema da avaliação. E prosseguimos apontando conteúdos relacionados a ela, para retornar ao conjunto todo da avaliação de risco de cárie dentária.

De fato, com o declínio da incidência de cárie dentária, observado por exames epidemiológicos, a doença não está mais distribuída uniformemente entre as crianças, mas vem sendo identificada predominantemente em grupos de alto risco, ou seja, expostos a condições desfavoráveis de vida tal que uma das conseqüências é a cárie. Uma característica epidemiológica da cárie dentária é o fenômeno da *polarização*. Observa-se

que, em situações de baixa prevalência desta doença, cerca de um quarto da população concentra aproximadamente 75% das necessidades de tratamento clínico decorrentes de cárie. Assim, nesse novo contexto epidemiológico, esta distribuição não uniforme da doença entre os indivíduos faz com que seja necessário reconhecê-los e agrupá-los, para se dar desdobramento prático e efetivamente contribuir para melhoria nas condições de vida que determinam ou favorecem a ocorrência da cárie, o que vem auxiliando na organização da atenção para que se possa adotar adequadas medidas a cada grupo.

Tem-se utilizado a avaliação do risco de cárie como uma forma de reconhecimento destes indivíduos/grupos. Para tanto, se busca a categorização das condições observáveis que determinam a cárie em fatores ou critérios para avaliação do risco. Sendo, portanto, uma primeira tentativa de objetivação da realidade concreta. Ela tem se dado por inúmeras maneiras e fundamentada por pesquisas, destacadamente das áreas clínica e epidemiológica, (NARVAI,2000). Aspectos sócio-culturais, idade, experiência prévia de cárie, localização da lesão, atividade de cárie, etc, são uns dos principais fatores relacionados ao risco de cárie identificados, porém não realizamos uma discussão exaustiva sobre esse aspecto, tarefa que deveria ser precedida de uma completa revisão bibliográfica, e por si só já se constituiria num importante objeto de pesquisa. Insistiremos num breve detalhamento de uma categorização de fatores, somente para evidenciar seu recorte e conseqüentemente seu limite de uso. Que reiteramos, não corresponde, ao nosso ver, ao limite de uso da tecnologia.

Para a tecnologia de avaliação de risco de cárie será considerada uma categorização de critérios, tomada como exemplar e representativa, dentre outras possíveis, uma proposta baseada nas recomendações de um Grupo de Trabalho (RSS-95, de 27,06,2000) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária. É baseada em várias experiências municipais realizadas no Estado. E é resultado ainda, de uma análise crítica, por parte do GT, da literatura científica que consultou obras clássicas e contemporâneas, provenientes de levantamento bibliográfico sobre o tema.

Muito importante salientar que o referido grupo buscou uma forma de avaliação para posterior classificação de indivíduos ou grupos em risco, visando simplificação operacional de procedimentos, especificamente referentes ao uso de produtos fluorados.

Trata-se de um protocolo e deve ser entendido como tal, aqui e no uso cotidiano. Essas recomendações resultaram na Resolução SS-164, de 21 de dezembro de 2000, publicada no *Diário Oficial do Estado de São Paulo* em 27 e em 30 de dezembro de 2000.

Com a finalidade de observar fatores associados ao risco de cárie, pressupõe-se como vimos, a necessidade de um exame de algo ou de alguém, que no caso é o indivíduo, sua boca, seus espaços sociais. O exame do indivíduo pode ser realizado tanto no ambiente clínico, como em outros espaços coletivos, e procura-se identificar os seguintes fatores:

**Quadro 1 – Fatores associados ao risco de cárie dentária.**

FATORES	CARACTERIZAÇÃO DO ALTO RISCO DE CÁRIE
Aspectos socioculturais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa renda média familiar</li> <li>• Desemprego</li> <li>• Maior concentração populacional nos domicílios</li> <li>• Menor grau de escolaridade materna</li> <li>• Crianças que moram com um dos pais</li> </ul>
Idade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior risco entre 2 e 16 anos</li> </ul>
Experiência prévia de cárie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta prevalência de cárie nos anteriores superiores aos 3 anos</li> <li>• Mais de 3 cavidades em superfícies proximais de decíduos</li> <li>• 8 ou mais superfícies com cárie aos 7 anos</li> <li>• Cárie em 1 dente anterior aos 11 anos</li> <li>• Valores do índice CPO-D e CPO-S acima da média apresentada pelo respectivo grupo</li> </ul>
Localização da lesão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cárie em superfície proximal de incisivo ou 1<sup>o</sup> molar aos 9-10 anos</li> <li>• Lesões em superfícies lisas, principalmente na bateria labial inferior</li> <li>• Duas ou mais cavidades cariadas em superfícies interproximais</li> </ul>
Atividade de cárie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de superfícies cariadas e de manchas brancas</li> <li>• Lesões incipientes em superfícies lisas</li> </ul>
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa frequência de escovação</li> <li>• Idade no início de escovação</li> </ul>
Placa bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande quantidade de placa visível nos dentes 16, 11, 32 e 36</li> </ul>

Como vemos, há uma tendência em se objetivar aspectos que indiquem condições ou situações favoráveis ao desenvolvimento do processo saúde doença cárie dentária, observadas através do exame do indivíduo, principalmente as condições que a própria doença impõe (determinadas por condições de vida, também determinantes desta condição). Certamente não é a única forma de avaliar os indivíduos com relação ao risco de cárie, mas é uma proposta que parece atender sua finalidade “de atualizar os fundamentos científicos que embasam a prática dos serviços de saúde bucal quanto à aplicação de diferentes métodos preventivos em função do risco de cárie dentária”; e, que vem se consolidando no Estado. (Resultados DIRXII)

Ocorre, porém, que esta dimensão da tecnologia, não pode ser tomada como uma teoria explicativa do problema a ser enfrentado, mas tão somente um recorte técnico que faz parte do julgamento do risco, e portanto insuficiente para definir a atenção integral, mas tão somente alguns aspectos dela. Neste caso tais fatores fundamentam especialmente uma classificação para uso racional de produtos fluoretados, recomendando frequências, fontes e concentrações diferentemente associadas para cada grau de risco. Seja por que esta é sua finalidade seja por apropriação inadequada do profissional da saúde, se ela acabar sendo tomada como principal ou mesmo única organizadora de toda atenção, esta acabara então, tecnicizada.

Apesar da correta fundamentação e indiscutível equidade objetivada pela classificação de risco, e a despeito de avanços da ciência na identificação de fatores de risco de cárie dentária, em muitos casos tal classificação ainda não produz avanços compatíveis com suas possibilidades quando tomados de modo acrítica, protocolar, sendo que seu potencial e mesmo suas insuficiências, não são bem explorados. Como consequência tende-se a examinar o sujeito somente pela boca, em seu estado físico, isolado de seu meio psicossocial, sem informações complementares, muitas vezes mais esclarecedoras da condição de saúde e dos meios e condutas para enfrenta-las.

Aspectos humanos como viver em sociedade, sob determinadas condições, diferentes quanto ao acesso a meios de lazer, cultura, educação, saúde, trabalho condição de moradia enfim os aspectos relacionados ao modo de viver a vida, individual e coletivamente, são muito pouco considerados na avaliação de risco.

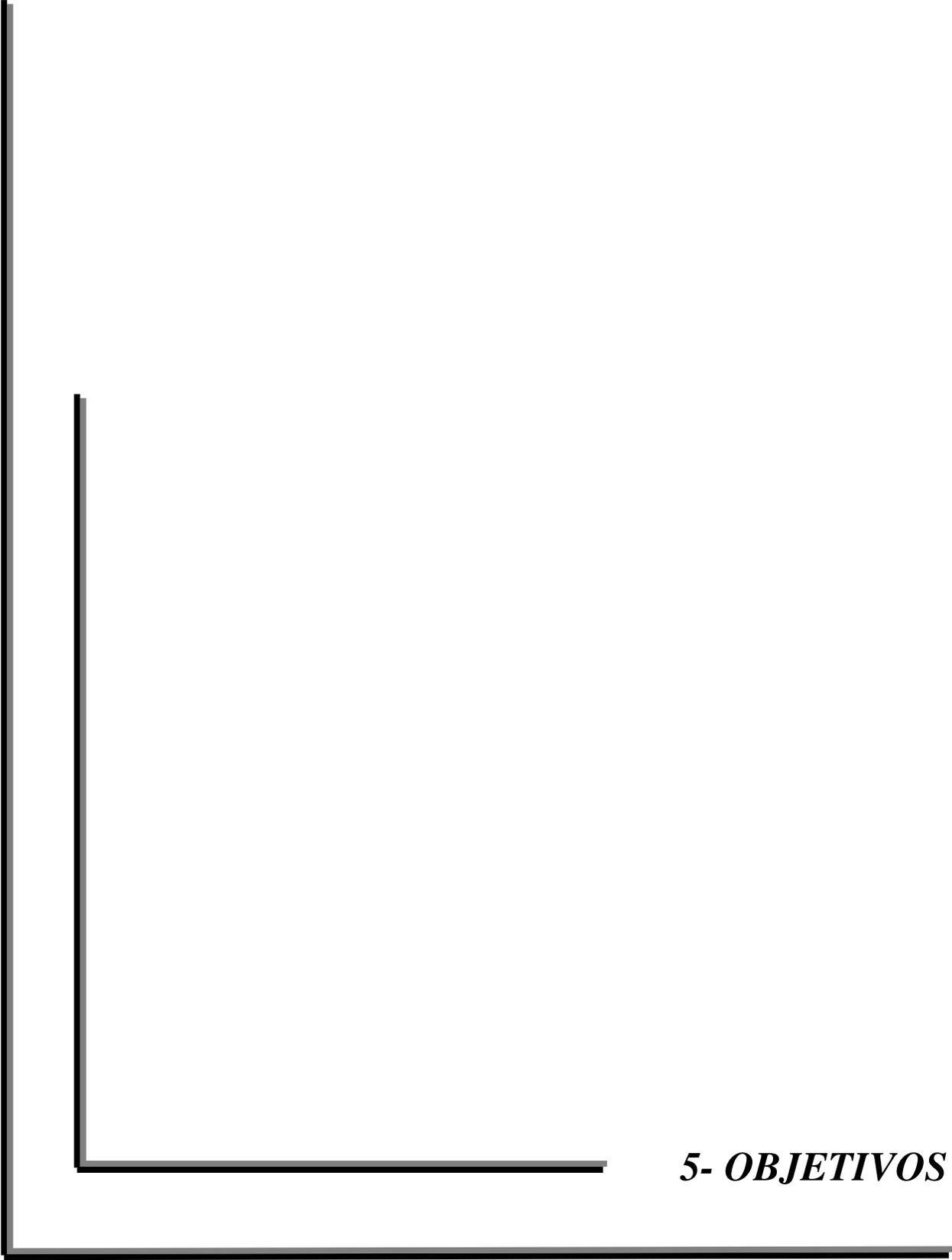
Dentre os fatores sócio-culturais que são conhecidos para caracterizar como alto risco de cárie, estão: a renda familiar, o desemprego, a maior concentração populacional nos domicílios, o menor grau de escolaridade materna e a situação da criança que mora com um dos pais. Essas categorias são operativas e embora sofram de um reducionismo quando utilizadas para quantificação de fatores de risco, já representam um bom avanço se tomadas como indicador de uma realidade que merece maior atenção. Por exemplo, uma criança com cárie dentária, com um ou mais desses fatores, mereceriam não apenas um tratamento intensivo com flúor e restaurações, mas seria um indicador de necessidade de avaliação mais pormenorizada, e por conseguinte, de outras intervenções. Porém pode haver uma relação mais complexa, que o saber não domina, entre a presença da doença e os fatores sócio-culturais, e, conseqüentemente estes aspectos, figurando como indicador de risco mas não sendo bem compreendidos, não são bem trabalhados na atenção. E, esta pode ser uma porta aberta ao real, ao vivido, a condição de vida. Para compreender e interceder nos determinantes sociais e humanos que cercam os cuidados a uma criança de 8 anos é preciso mais que categorias operativas, é preciso buscar entender por exemplo os motivos que levam um pai e/ou uma mãe a não interagir positivamente com o filho neste sentido. Há questões psicosociais, há questões da história individual, há uma complexidade de aspectos humanos não passíveis de captura e sistematização por volúvel que são, restando a infinita possibilidade da interação pessoal.

Neste particular, a determinação social da doença, a conseqüência da maneira com que determinada pessoa vive sua vida habitualmente, em sua casa, em família, de forma mais ou menos estruturada, mais ou menos satisfeita, mais ou menos consciente, deveria indicar não só uma atividade profissional com flúor, como proposto nos protocolos, mas uma estratégia de atenção adequada a enfrentá-la, e esta estratégia, me parece, ainda está sendo construída. Neste sentido ganha relevância a efetiva utilização da tecnologia de avaliação, com todo seu potencial e caráter de complementaridade na apropriação da realidade.

Enfim as concepções sobre tecnologias em saúde bucal coletiva e de seu uso, delimitadas como objeto desse estudo, que vimos discutindo teoricamente até aqui estão relacionadas a conceitos teóricos, saberes e práticas ligados ao trabalho em saúde. Tais

concepções são em parte reveladoras das intencionalidades deste trabalho, mobiliza determinado saber e não outro, se vale de um conceito de saúde, mas sobretudo é o que se pretende produzir que pode ser revelado pela concepção de saúde. Produzir saúde seria então o almejado, mas não uma saúde definida teoricamente, pré-determinada, delimitada por conceitos sempre reducionistas da realidade. A realidade obriga ao compartilhamento do conceito de saúde a ser produzido.

Ao final, esperamos ter elementos que reforcem nossa suspeita de que as tecnologias de saúde bucal coletiva estão sendo usadas com um significado de atenção relacional cuidadora, não apenas porque vão além da intervenção técnica com uso de instrumentos materiais, mas sobretudo porquê, com elas, busca-se interferir positivamente nas condições de vida das pessoas, não apenas sobre suas seqüelas bucais, incluindo o paciente como sujeito do trabalho em saúde, trabalho então compartilhando.



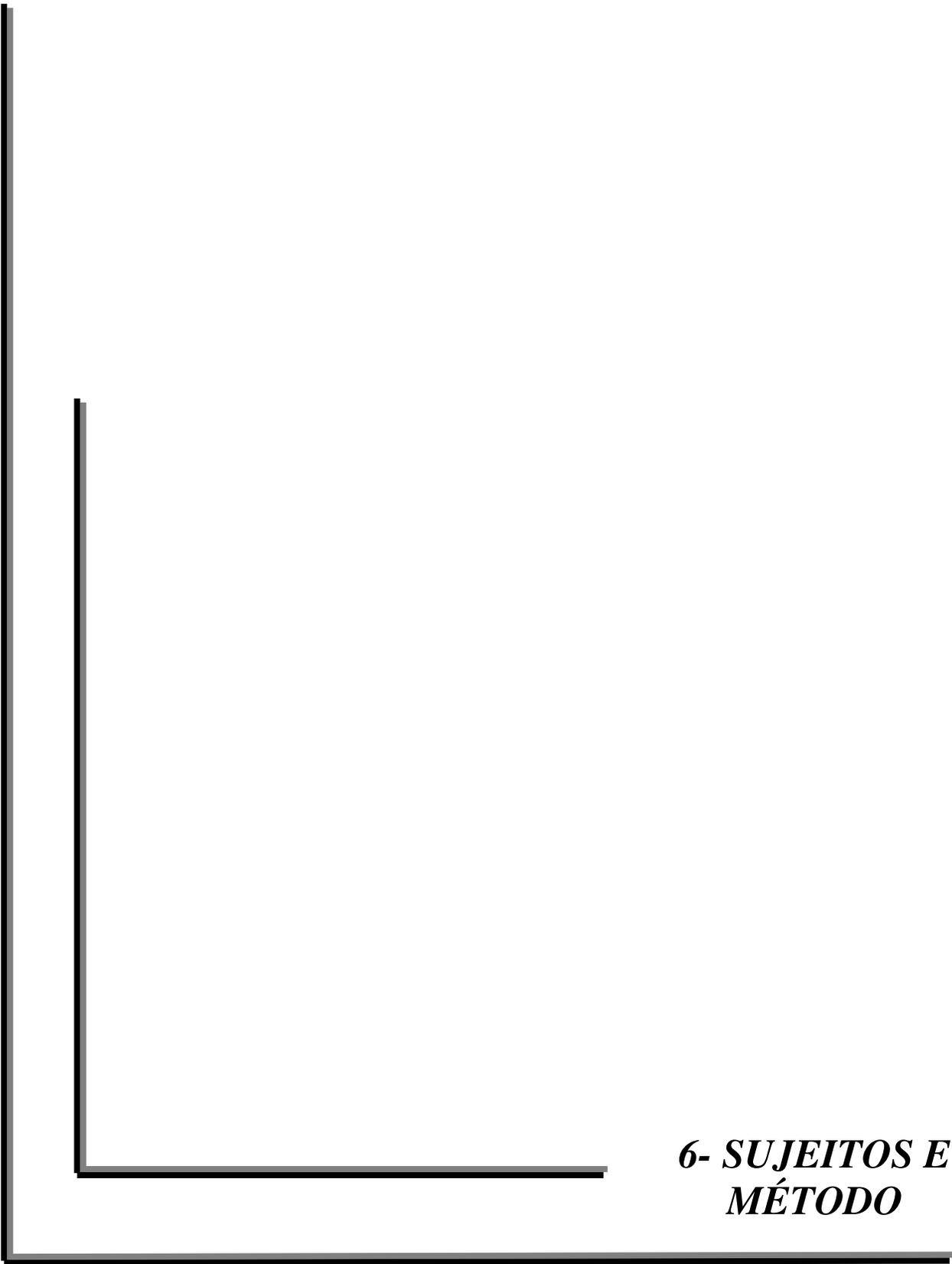
***5- OBJETIVOS***

## **5.1- OBJETIVO GERAL**

Conhecer as concepções de cirurgiões dentistas sobre as tecnologias de saúde bucal e seu uso em um sistema local de saúde e analisá-las à luz da determinação social do processo saúde-doença e do papel do sujeito na ação produtora de cuidado.

## **5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Caracterizar a atenção em saúde bucal no município estudado quanto à sua estrutura física, de recursos humanos e materiais, forma de gestão e ao modelo tecno-assistencial
- 2- Apreender alguns aspectos das representações dos cirurgiões dentistas do serviço de saúde bucal do município estudado a respeito das tecnologias de fluoretação da água e de avaliação do risco de cárie dentária e de sua utilização na prestação do cuidado.



***6- SUJEITOS E  
MÉTODO***

De modo geral, pode-se dizer que realizamos um estudo que se enquadra predominantemente na metodologia da pesquisa social. Esta se impõe por entendermos que nosso objeto é um fenômeno social e, como tal, eminentemente histórico, ideológico e essencialmente qualitativo, exigindo a utilização de uma abordagem também qualitativa (MINAYO, 1999).

#### *Local de estudo*

O local de realização do estudo foi a Estância Hidromineral de Amparo, escolhido por reunir características importantes para essa pesquisa, em especial a existência de um modelo de atenção e de práticas em saúde apoiado no referencial teórico da Saúde Coletiva. As seguintes características favoreceram a escolha de Amparo como local de estudo:

- modelo de atenção centrado no usuário, favorecendo uma prática em saúde cuidadora no sentido de satisfazer da melhor maneira possível as necessidades dos usuários do sistema;
- ser uma instituição pública de gestão direta da prefeitura local, com opção de gestão plena do Sistema de Saúde Municipal (o SUS local);
- possuir uma gestão participativa, estratégica para construção do modelo proposto, visto que possibilita a adesão e o compromisso dos trabalhadores de saúde, devendo, assim, buscar garantir efetivamente espaços de participação em todos os níveis onde se produz a atenção em saúde e sua gestão;
- capacidade técnica e compromisso dos gestores com a qualidade dos serviços, já que a coordenação da área de saúde bucal está sob responsabilidade de um dentista especialista em saúde bucal coletiva;
- perfil de profissionais cirurgiões dentistas com especialização em saúde pública, periodontia, endodontia, cirurgia oral, com participação em fóruns de debate e de atualização, como o Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO), e nos ciclos de capacitação da Secretaria de Estado da Saúde, onde têm apresentado a experiência de Equipes de Saúde Bucal no PSF;

- incorporação de instrumentos da epidemiologia para o conhecimento da situação de saúde, através da realização de levantamentos epidemiológicos, e seus resultados favoráveis, como índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) 1,5 aos 12 anos (AMPARO,2002);
- outras condições, como fluoretação da água de abastecimento e a ingestão de águas minerais, e o modelo de atenção com Equipes de Saúde Bucal no PSF também foram motivadores da escolha do município de Amparo, visto seu embriçamento com as tecnologias que servirão de base para nossa pesquisa. Por se tratar de uma estância hidromineral, o consumo de água mineral é expressivo e a forma de lidar com esse consumo é instigante, visto que tal escolha – do tipo de água a ser ingerida – está, digamos, no caminho de quem usa a tecnologia de fluoretação da água de abastecimento. Já o Programa de Saúde da Família, propõe uma organização da atenção em torno da família que é tomada como um grupo social, local de vínculos, determinações e riscos;
- por último, a permeabilidade do setor público do município ao intercâmbio científico, que não vem a ser pouco para a viabilidade e factibilidade de uma investigação dessa natureza, aliada a outras facilidades operacionais (relativa proximidade ao centro de pesquisa; motivação positiva dos gestores para participação e colaboração na organização de meios para o trabalho) acabaram também colaborando na escolha do local para estudo.

A caracterização do município estudado em termos do modelo de gestão na saúde e, mais especificamente, do modelo tecnoassistencial em saúde bucal foi realizada a fim de delinear a situação na qual os profissionais exercem sua prática. Não se trata, assim, de um olhar avaliador sobre o sistema de saúde do município ou sobre o serviço de saúde bucal, mas tão apenas de conhecer melhor o contexto de trabalho a partir do qual os profissionais enunciam suas concepções sobre as tecnologias e seus usos.

### *Sujeitos participantes do estudo*

O trabalho foi fundamentado, principalmente, na investigação dos discursos dos sujeitos do trabalho em saúde em que se usa das tecnologias de saúde bucal coletiva, envolvendo os cirurgiões dentistas ligados às modalidades de práticas assistenciais e educativas presentes nos serviços. A inclusão dos cirurgiões dentistas do serviço de saúde bucal de Amparo serviu como instrumento de aproximação ao objeto da pesquisa, sem, contudo, a intenção de avaliação intrínseca dos mesmos.

A fluoretação da água e a avaliação do risco de cárie, tomadas como eixo principal para operacionalizar o estudo, foram escolhidas por sua importância estratégica e pela interdependência entre elas no combate à cárie dentária; doença ainda prevalente e de interesse público.

Assim, para auxiliar na compreensão do contexto dos serviços e na análise das relações deste com o objeto, o mesmo foi explorado por meio de duas entrevistas gravadas, realizadas com o diretor do departamento de odontologia (apêndice 1) e com a secretária municipal de saúde (apêndice 2).

As entrevistas foram complementadas pela pesquisa documental, tendo como fonte relatórios de produção e epidemiológicos, fichas de atendimento clínico e coletivo, manuais de rotina de atendimento, relatórios de Conferências Municipais de Saúde, projetos na área de saúde bucal, documentos definidores da operacionalização da atenção, na busca de elementos que ampliassem a compreensão sobre a política, o modelo de atenção e a organização do processo de trabalho em saúde bucal.

### **Método**

Utilizou-se, como principal método de abordagem do objeto, a técnica do grupo focal. Este método de coleta foi escolhido por permitir a obtenção de dados de natureza qualitativa, mas também por possibilitar um ambiente facilitador para que as pessoas possam se expressar livremente a respeito dos temas propostos. O trabalho em grupo permite que a fala de um participante mobilize outros em torno de questões significativas para o grupo. Esta técnica, muito utilizada na abordagem de problemas educativos e na avaliação de programas, favorece um ambiente permissivo e não constrangedor (WESTPHAL, 1996).

A proposição inicial era de realização de dois grupos focais com 13 profissionais, para inclusão de todos os 26 CD's do Departamento de Odontologia do município. Dos 26 profissionais, convidados através da coordenação de saúde bucal do município, 12 compareceram às atividades.

Foram realizados dois grupos focais, um de manhã e outro à tarde, de acordo com a conveniência de horário de trabalho dos profissionais e do serviço. Apenas um dos participantes não atuava em equipes do PSF e todos trabalhavam no município há mais de 5 anos. As atividades de cada grupo duraram em torno de 3 horas, em sessão única.

Os temas específicos para discussão nos grupos foram as tecnologias de fluoretação da água de abastecimento público e a classificação de risco de cárie para atenção individual e coletiva. Utilizou-se um roteiro de questões (apêndice3) que serviu de referência ao moderador para orientar e focar as discussões. É importante observar que foi evitado formular questões diretas ao grupo, fazendo-se uso das deixas em suas falas para aprofundar aspectos necessários aos temas.

Para a operacionalização dos grupos, atividades foram planejadas e seguiram um roteiro (Apêndice 3) visando à discussão principal em torno das tecnologias estudadas, tendo como estratégia a apresentação ao grupo de duas tarefas:

**1-Montar três caixas de ferramentas**, para uso na atenção em saúde bucal, uma contendo as antigas tecnologias, outra as tecnologias atuais e a última as tecnologias do futuro, aquelas que gostaria de dispor mas ainda não existem (captar aspectos da noção que têm sobre tecnologias).

**2-Analisar e intervir** com suas caixas num **caso** apresentado pelo pesquisador. Esse caso foi o **disparador** da discussão principal e é descrito a seguir.

*“Uma criança de 8 anos chega à recepção da Unidade de Saúde da Família próxima à sua casa e vai logo à recepção, cena familiar pois não é a primeira vez esta semana. Chega e pergunta à senhora que está à sua frente:*

- *Quando mesmo a senhora falou para eu voltar?*
- *Daqui a seis meses menina, por que? Sua mãe está querendo saber agora, é?*
- *Não! É que meu dente está doendo...*

- *Humm! Sei! Espera que eu vou ver o que o doutor pode fazer.*

*A senhora vira e sai em busca do Dentista. Ao encontrá-lo, vai logo se justificando:*

- *Olha Dr., voltou aquela menina que o sr. comentou tem a boca num estado deplorável.*

- *Qual?*

- *Aquela com os dentes branco e preto; como é mesmo o nome daquela doença que deixa o dente branco? Fluorite?*

- *Não! Fluorose.*

- *O dente preto é da cárie não é doutor?*

- *Mais ou menos...Agora lembrei. Mas ela não está agendada mesmo hoje?*

- *Tava, mas como ela faltou às duas últimas consultas, eu dei abandono de tratamento, e aí desmarquei as consultas dela. (É a norma)."*

O caso é fictício, mas não incomum comum na rotina de muitos serviços. Foi usado como instrumento para disparar uma discussão grupal sobre o cotidiano dos serviços de saúde, a partir do olhar dos cirurgiões dentistas, e revelar aspectos do uso que fazem de tecnologias de saúde bucal coletiva, a partir das análises e propostas de intervenções do grupo sobre o caso. Essa situação-problema, funciona como um sinalizador de ruídos na forma como os profissionais / serviços lidam com determinado problema no processo de trabalho.

Um caso de fluorose com grau de severidade indefinida, mas com dor associada, provavelmente provocada pela cárie, foi sugerido, visto que a intervenção, além do alívio da dor, pode variar de uma orientação até uma restauração estética, na dependência das relações que se estabelecem.

Pretendeu-se, assim, explorar os saberes profissionais acerca, principalmente, do uso do flúor na água de abastecimento público concomitantemente às suas outras formas disponíveis (gel, dentifrício, solução, etc), e, também, acerca dos critérios de risco para cárie, sobretudo os de natureza socioculturais.

## **O contexto da Saúde em Amparo.**

O município de Amparo foi fundado em 1829 e emancipado em 1857, tornando-se Estância Hidromineral em 1945 e hoje é considerado o Portal do Circuito das Águas, região de grande destaque turístico no Estado de São Paulo.

De acordo com dados do Censo de 2000 (IBGE,2000), a população é de 60.404 habitantes, dos quais 30.124 são do sexo masculino e 30.280 do feminino, 43.357 habitantes residem na zona urbana e 17.047 na zona rural. Os dados demográficos mostram grande taxa de urbanização, proporções menores de crianças e jovens, população adulta mais numerosa e proporção crescente de idosos, com esta população de 60 anos ou mais chegando a 7.006 pessoas.

O município de Amparo está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, e sua Secretaria de Saúde trabalha na construção de um Sistema local que busca cumprir com os princípios e diretrizes do SUS, e sua efetivação prática pelos serviços prestados. Para isso propõem adotar um modelo assistencial, com atenção humanizada, centrada no usuário, lançando mão de instrumentos como acolhimento de necessidades, estímulo à criação de vínculo interpessoal, aumento da resolutividade da rede básica e ações no sentido de promover autocuidado e autonomia “na maneira de conviver com seus problemas e limitações”(AMPARO,2002).

Cabe apontar que este modelo tem como referências teóricas as reflexões do LAPA/UNICAMP, que propõe o modelo conhecido como “Defesa da Vida”, trazendo importantes contribuições à construção teórica e prática da saúde coletiva no país. Tal modelo é uma das condições que consideramos essenciais ao uso crítico das tecnologias e também por isso nossa escolha (Amparo). Não que se tome esta proposta como realidade concreta para Amparo, é evidente, mas sem dúvida é uma condição que favorece a atenção cuidadora. Sobretudo isto é novidade para a tradicional forma de organização da atenção em saúde bucal, centrada no combate à cárie, muitas vezes restrita ao ambiente clínico tecnicizada com procedimentos, predominantemente, restauradores.

A Vigilância à Saúde também é tomada como referência para conformação do modelo de atenção (SMSA,2002). De fato, observamos estar caracterizado o uso das ações de vigilância, mostrando desde logo uma organização da atenção neste aspecto, quando nos deparamos com dados de um sistema de informação bem estruturado, com dados gerais e inclusive referentes às condições de saúde bucal, para reconhecimento de uma situação epidemiológica, seguido do planejamento das ações.

Assim, por exemplo, mesmo com uma queda no coeficiente de mortalidade, nos últimos anos (Quadro1), a Secretaria de Saúde analisando os dados de Mortalidade Infantil, verificou que 80% das crianças que morrem antes de 1 anos de vida, morrem antes de 1 mês; dado que os orientou a priorizar a assistência ao pré natal, a assistência ao parto e ao recém nascido.

**Quadro 1-** Coeficiente de Mortalidade Infantil - CMI em Amparo, 1998 a 2002 :

	<b>Nº DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO</b>	<b>NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS</b>	<b>COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL</b>
1998	22	925	23,78
1999	19	958	19,83
2000	12	907	12,13
2001	13	872	14,91
*2002	10	795	12,58

Fonte: SMSA

Do mesmo modo a incidência de câncer de cavidade oral (neoplasia de lábio, cavidade oral e faringe) que levou a óbito 7 pessoas em 2002 (AMPARO,2002), sendo 3 com menos de 49 anos de idade, orientou a decisão de se investir na capacitação de cirurgiões dentistas para diagnóstico precoce de câncer bucal.

Enfim, pode-se dizer, que há uma proposta de construção de um modelo de atenção cujo referencial é o do campo da Saúde Coletiva, e vai buscar em várias correntes aquilo que tenham de contribuição à melhoria da condição de vida das pessoas.

Parece ser clara a compreensão, do nível central da Secretaria de Saúde, de que para a construção real do modelo assistencial proposto o compromisso e a adesão dos trabalhadores de saúde ao projeto é imprescindível; adesão esta que ocorrerá na medida em que estes trabalhadores participem de fato da construção do Projeto e sejam sujeitos deste processo.

Para isso se busca, a partir de 2001, a ampliação de espaços com possibilidade de efetiva participação democrática em todos os níveis, aumentando a capacidade de se garantir a gestão e a produção compartilhada do cuidado. Iniciando nas reuniões de equipes das USF, de unidades centrais, do Laboratório, da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e da Central de Ambulâncias; seguindo para outros espaços de gestão como um Colegiado constituído de coordenadores das Equipes de PSF, e uma Equipe Central formada pela secretária de saúde, diretora, diretores de departamentos, técnicos e administrativos.

Contudo, no balanço da própria Secretaria de Saúde, apesar dos avanços:

Este processo está longe de estar consolidado e deve merecer sempre um esforço coletivo para que seja incorporado efetivamente pelo conjunto dos trabalhadores e coordenadores de equipes, garantindo que as reuniões sejam espaços reais de enfrentamento de problemas na atenção à saúde dos usuários, mas também espaço de criação das equipes e construção de subjetividades (AMPARO,2002).

A atenção básica que vinha sendo prestada em UBS e, de modo ainda incipiente, por equipes de saúde da família, teve, a partir de 2000, um radical incremento destas equipes, que passou a caracterizar a atenção básica como propõe o Programa de Saúde da Família, responsável pela atenção integral aos indivíduos e pela vigilância do território, dois aspectos intimamente ligados as tecnologias estudadas.

As UBS passaram a operar como USF, cujo novo enfoque nos interessa destacar, sobretudo pela proposta de vinculação do cuidado a um novo sujeito, com seus sujeitos indivíduos constituintes, o grupo família em seu micro-espaço domiciliar, com potencial disparador de novas percepções em relação aos determinantes do processo saúde

doença, enfim de vida. Para além das múltiplas e subjetivas definições do que vem a ser a família, do modelo de família que se adota, há sem dúvida alguns pontos inegáveis em torno dela. Para nós ela é um dos determinantes da condição humana, e portanto local de produção e reprodução, de pertencimento, de segurança, é onde se vive grande parte do tempo ligado física ou mentalmente e portanto onde o processo saúde-doença não pode deixar de ser estudado. Digamos que dos locais de produção de saúde doença na vida em sociedade, a família seja um ponto estratégico e então que ela tomada como local de risco as doenças é indissociável dessa forma de organização da atenção. Neste aspecto tal organização da rede básica em Amparo é vista aqui como favorecedora do uso das tecnologias estudadas.

Com a atenção básica organizada nos moldes daquele programa, o número de famílias cadastradas e acompanhadas, passa de 9.083 famílias com 35.506 pessoas acompanhadas em março de 2001 para 12.412 famílias e 50.000 pessoas acompanhadas em dezembro de 2002.

Embora os dados de produção de consultas médicas reproduzam uma característica geral dos sistemas municipais de saúde, historicamente centrados nas consultas médicas e nos hospitais, onde se excede ao número recomendado pelo Ministério da Saúde, de consultas/habitante/ano, pode-se ver indícios de mudanças na composição do atendimento, visto que na rede básica, não se observa excedente de consultas, e se vê um aumento significativo de atividades coletivas, como atendimento em grupo na unidade, que cresceu de 127 em 2000 para 815 em 2003.

Com a visão integral da Secretaria de Saúde, gestora do sistema de saúde local, em relação à saúde, que não exclui a boca, deslocando-a de seu todo, a atenção em saúde bucal, embora historicamente construída em separado, passa a ser vista mais concretamente integrada ao sistema de saúde como um todo, e assim não se discute um modelo de gestão e atenção distinto para a saúde bucal. A humanização da atenção, suas diretrizes decorrentes e o modelo de gestão, permearam a organização da atenção em saúde bucal tal qual cada “célula” do “antigo sistema”. Como conseqüência para organização da atenção básica, a saúde bucal passa por importantes mudanças visto que oferecia atenção baseada em recortes programáticos por faixas etárias ou grupos especiais, como tradicionalmente se via,

antes do PSF: Programas aos escolares, gestantes, bebês, etc. Com esta mudança a população adulta deve agora ser amplamente incluída para tratamento, de acordo com suas estratégias, em torno do núcleo familiar.

Amparo passou então a contar com um maior número de dentistas e auxiliares de consultório dentário nas Unidades de Saúde da Família, a partir de julho de 2001. As unidades ganharam equipamentos e houve ampliação das horas de atendimento em quase todas elas com um CD e uma ACD, ambos, com jornada de 40 horas semanais. Assim 13 Unidades de Saúde da Família trabalham com equipes multi-profissionais, sendo que todas dispõem de “equipes de saúde bucal” na modalidade I, (CD ACD), o que representava o dobro de equipes da proposta do Ministério da Saúde.

Como forma de garantir as diretrizes do SUS, foi traçada uma estratégia de ação, começando por priorizar a universalização do atendimento em saúde bucal, por meio de um programa que foi denominada “Tratamento Completado”, a ser ofertado a todos os membros das famílias cadastradas, pelas equipes de saúde bucal.

As famílias cadastradas são previamente selecionadas e convocadas por carta para agendar uma triagem e avaliação de risco. A abordagem se dá em três etapas:

- triagem para avaliação das necessidades de tratamento de cada pessoa da família, segundo os riscos individuais de cárie, periodontal e de tecidos moles.
- ações de educação em saúde e escovação supervisionada são extensivas a todos;
- tratamento odontológico assistencial, segundo necessidade, dando-se prioridade para os indivíduos classificados como alto risco. O atendimento, dependendo da complexidade se dará na própria USF (Atenção Básica) ou são encaminhados para os serviços de referência local / regional (Especialidades).

As especialidades realizadas no município são endodontia, periodontia cirurgia oral menor, incluindo biópsias para prevenção do câncer bucal. Os casos mais complexos estão sendo encaminhados para a FOP – Unicamp ou demais Universidades da região.

Os dados de produção da saúde bucal indicam que 72, % das consultas foram referentes ao programa de “T.C.” As urgências e emergências são atendidas nas USF e no Centro Odontológico e representam 27,5% dos atendimentos realizados.

As primeiras consultas e as consultas de retorno são, em geral, destinadas às famílias que estão fazendo o Tratamento Completado e representaram 72,37% dos atendimentos realizados em 2002 .

Além do Tratamento Completado a rede básica desenvolve ações do Programa **Odontologia para bebês**, realizado em todas as USF pela própria equipe de saúde bucal da Unidade sendo referenciados para o Centro Odontológico somente os casos de maior complexidade para atendimento especializado.

As escolas são utilizadas como espaços de atenção coletiva, realizada com os chamados **Procedimentos Coletivos**, envolvendo 43 unidades escolares totalizando 10.775 alunos de 0 a 14 anos de idade. Procedimento que vem sendo desenvolvido por 03 ACDs e 01 CD sob supervisão da coordenação central.

Uma avaliação do risco de cárie é realizada no início de cada ano nessas escolas e direciona as ações coletivas bem como orienta a necessidade de encaminhamento para ações individuais em todos os locais de atendimento. Sessões de educação em saúde , escovação supervisionada e bochechos fluoretados semanais são realizados em todos os alunos matriculados. Aos escolares considerados de alto risco fluoroterapia intensiva é aplicada mesmo na escola. Os alunos de alto e médio risco são encaminhados para USF de referência, ou de modo residual, para a própria escola, onde ainda não foi retirado o atendimento odontológico local.

Cabe aqui destacar que a educação em saúde foi sendo modificada desde o início da realização dos PCs em Amparo devido ao método pedagógico, que a princípio o departamento de odontologia dominava e lançava mão em suas práticas. Enquanto a área de Educação, em Amparo trabalhava, com a construção do conhecimento, que tem em Jean Piaget seu expoente, onde destaquemos trabalha-se com o outro como sujeito e não objeto, o departamento de odontologia trabalhava com a transmissão do conhecimento, em que um

detentor de um dado saber oferta ao que dele necessita, mas não o possui, a partir de suas convicções, fazendo do outro objeto da ação.

Assim com o desenvolvimento do programa de atenção coletiva, este método construtivista, foi sendo incorporado pelos profissionais ligados a ela, ou seja os que nela trabalham diretamente e a coordenação do departamento. Dada a relativa estabilidade dessas equipes, e da coordenação tem-se uma visão institucional de que a educação em saúde mesmo da atenção individual deva se inspirar neste método. Concomitantemente, o modelo de gestão participativo e o modelo de atenção que visa oferecer autonomia, de certa forma construtivistas, consolidam a metodologia como meta da instituição.

Contraditório seria, neste modelo, se para a reorganização da atenção básica os profissionais recebessem treinamentos para o trabalho no PSF, de forma e não fossem construindo, em serviço, o seu programa. Os coordenadores e equipes do PSF participaram assim de um extenso Programa de Educação Continuada, e para a saúde bucal foram realizados em 2002 , 06 módulos de atualização cujo tema central foi a Atenção Básica em Saúde Bucal no SUS. Essa formação em serviço tem como maior potência ...a criatividade e aguçar as percepções do novo, tem também na forma tradicional de se receber informação, passiva, uma resistencia que se manifesta geralmente na crítica de “falta de organização” ou “pobre de conteúdo” de uma coordenação.

Ao todo, o Departamento de Odontologia conta com 60 funcionários sendo 31 Cirurgiões Dentistas, 22 Atendentes de Consultório Dentário, 01 Técnica de Enfermagem, 05 Escriturários e 02 Auxiliares de serviços. Em relação à capacidade instalada, Amparo conta com uma Clínica Odontológica Modular instalada num Centro de Saúde considerado centro de especialidades médicas, localizado em uma região central da cidade, com 06 equipamentos odontológicos e 01 sala de especialidades (Endodontia, Cirurgia Oral Menor, Patologia Bucal e “Odonto-bebê”), 02 Equipamentos Odontológicos Simplificados (Programas Itinerantes das Pré-escolas e Zona Rural), 06 consultórios instalados em estabelecimentos escolares municipais e estaduais, 01 na Sociedade Guarda Mirim de Amparo , 01 na APAE , 01 na Cadeia Pública e 13 em Unidades de Saúde da Família . Os equipamentos e instrumentos disponíveis de um modo geral, segundo a coordenação, atendem suas necessidades frente aos serviços prestados e ao uso dos profissionais, que não

tem demandado grandes incorporações senão a troca de equipamentos depreciados pelo tempo. A última demanda de equipamento, feita pelos profissionais foi da aquisição de autoclave para o ambulatório central como medida de biossegurança.

**As condições de saúde bucal do município**, têm sido encaradas, como apontamos, de forma a integrar as condições de saúde da população. Por conseguinte, também a vigilância, sobretudo pelo uso de instrumentos da epidemiologia tem sido utilizada para aproximação das condições de saúde e para seu planejamento, mais notadamente a partir de 1999, quando da realização de um levantamento epidemiológico que ainda foi sucedido, por outros dois, em 2000 e em 2002.

No último levantamento, as doenças cárie e fluorose dentária, doenças gengivais e periodontais e mal-oclusão foram examinadas, mas apesar da propriedade com que declaram seu objetivo, que foi: “obter dados referentes as condições de saúde bucal da população de 05 e 12 anos de idade, visando a avaliação e o planejamento das ações de atenção à saúde bucal”, este levantamento acaba mesmo servindo para avaliação dos programas de atenção às crianças, e sua comparação com as metas assumidas para o município e para o planejamento destes. Assim não possibilita conhecer e planejar a situação da saúde bucal de forma mais universal, como desejado pela administração. Não se explorou esta contradição, para conhecer os motivos que levaram a tanto, mas é fato que o município não dispunha, até o momento deste trabalho, de dados epidemiológicos consistentes sobre a saúde bucal do adulto de Amparo.

Os dados do levantamento tem sido usados, no planejamento da atenção, como por exemplo, para justificar o deslocamento de Cirurgiões Dentistas de escolas para as Unidades de Saúde da Família. Os dados foram usados tanto para convencimento das resistências quanto para priorizar escolhas, visto que mais de uma escola tinham dentistas dentro de seus limites físicos. A escola com maior número de crianças sem necessidade de tratamento curativo foi a primeira da lista.

Em 1999 um levantamento epidemiológico foi feito pela Faculdade de Saúde Pública da USP e em 2002 foi coordenado pelos coordenadores do Departamento de Odontologia da SMSA e os exames foram realizados por 4 dentistas e os registros foram feitos por 4 auxiliares de consultório dentário.

Além da pertinência com que se utiliza dos levantamentos, cabe destacarmos os dados referentes à cárie e fluorose dentária, essenciais para constituírem os saberes de quem usará das tecnologias que focamos, e de modo geral, para atenção em saúde bucal.

De acordo com o levantamento realizado em 2002, vem declinando nos últimos anos **Cárie Dentária** o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) em escolares na faixa etária de 12 anos caiu de 3,07 em 1999 (FSP,1999) para 1,54 em 2002 (SMSA,2002) .

A meta da Organização Mundial de Saúde para o ano 2000, a ser atingida por países em desenvolvimento, como o Brasil, era de um CPOD menor ou igual a 3,0. e menor ou igual a 1,0 no ano 2010. Isto significa que Amparo obteve sucesso neste sentido, estando dentro do que preconiza a OMS e em condições favoráveis de atingir a meta de CPOD para 2010. Para crianças de 5 anos o índice ceod caiu de 2,77 em 1999 para 1,98 em 2002.

Média dos componentes do índice CPOD aos 05 e 12 anos de idade. Amparo-SP-2002.

IDADE	n	C	O/C	O	P	CPO
05	109	0,01	0,00	0,01	0,00	0,02
12	108	0,22	0,05	1,23	0,04	1,54
TOTAL	217	0,12	0,02	0,62	0,02	0,78

Fonte : Levantamento Epidemiológico,Amparo,SP,2002.

Aos 12 anos, 75,06% dos examinados apresentam CPOD menor ou igual a 2, em torno e abaixo da média 1,54, sendo que 40,75 estavam livres de cárie em dentes permanentes. O CPOD igual a 7,0 foi o maior encontrado em um único indivíduo examinado. Em relação à dentição decídua aos 05 anos de idade, 77,1% dos examinados apresentaram ceod menor ou igual a 3,0 A proporção das crianças com 5 anos sem nenhuma cárie segundo o levantamento foi que 46,8%, um pouco abaixo dos 50% livres de cárie que a OMS recomenda para esta idade. O maior ceod encontrado foi 13,0 em um único exame. (SMSA,2002,b)

Dados que confirmam para Amparo o fenômeno da polarização da cárie, com distribuição desigual da doença, tendo um grande número de indivíduos livres dela ou com prevalência muito baixa ( $\leq 1$ ), e poucos com prevalência alta ou muito alta.

A **fluorose dentária** foi constatada em 0,92 % e 7,41 % dos escolares examinados aos 05 e 12 anos de idade, respectivamente. Na idade de 05 anos o único caso de fluorose registrado correspondeu ao grau “muito leve”.

Dentre os examinados de 12 anos de idade o grau “questionável” (1) correspondeu a 11,11%, o grau “muito leve” (2) correspondeu a 6,48 e o grau “leve” (3) a 0,93 % (Tabela). Estes casos de fluorose, encontrados naquele levantamento, não comprometem a forma nem a função dos dentes, apenas sua estética.

**Tabela:** Percentual de escolares de 05 e 12 anos de idade, segundo os graus de Fluorose, Amparo, SP, 2002.

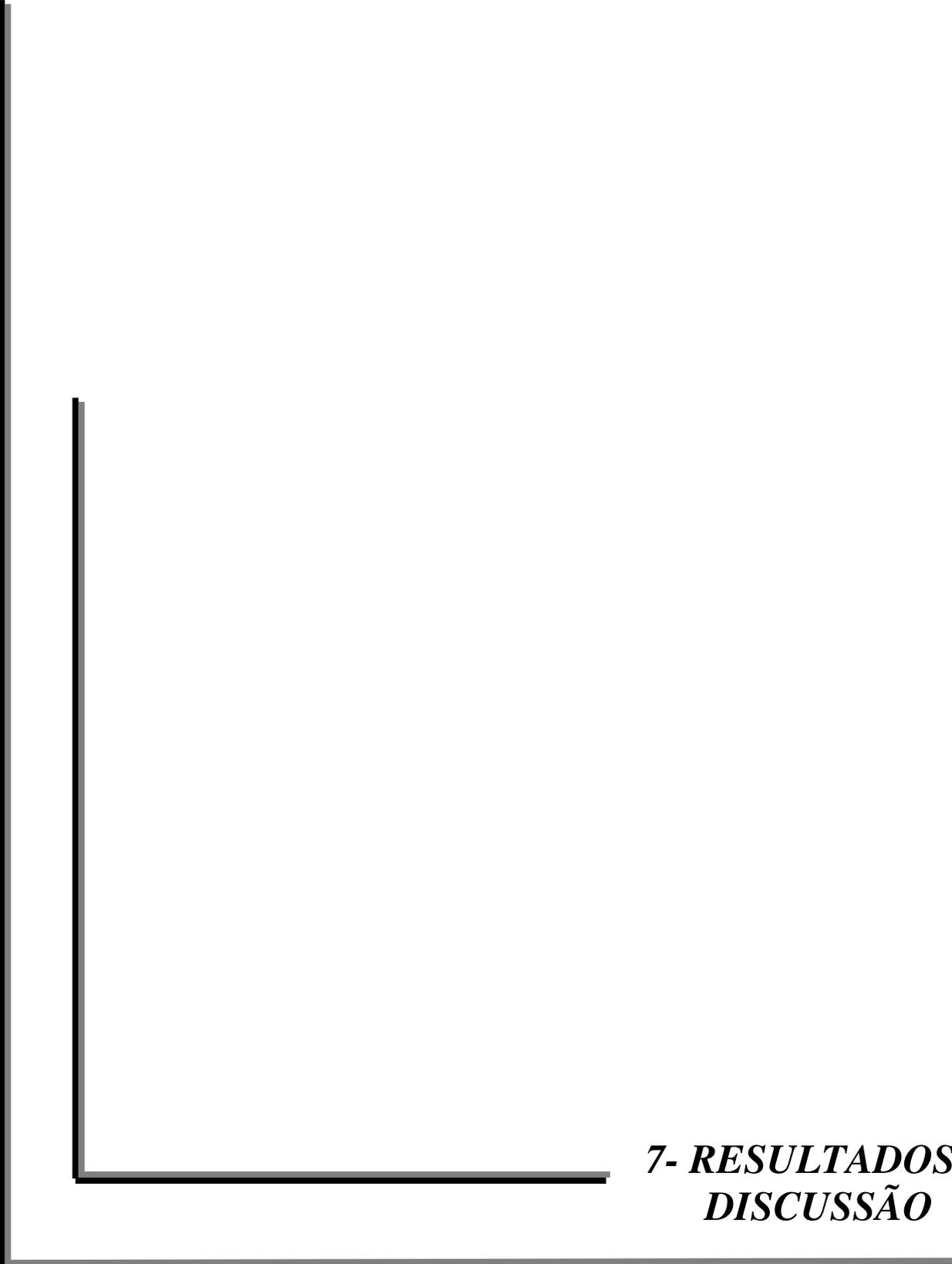
IDADE	S/ FLUOROSE		C/ FLUOROSE				S/REGISTRO	n
	0	1	2	3	4	5		
05	96,33	-	0,92	-	-	-	2,75	109
12	81,48	11,11	6,48	0,93	-	-	-	108
TOTAL	88,94	5,53	3,69	0,46	-	-	1,38	217

Fonte : Levantamento Epidemiológico, Amparo, SP, 2002

## **Água para consumo humano**

O município contava em 1999, com 135 km de extensão de rede de esgoto com abrangência de 12.660 domicílios, servindo 98,81 % da população. Trata-se de uma estância hidromineral, com inúmeras fontes de água que são consumidas em larga escala pela população, o que poderia constituir séria dificuldade para a ingestão de água fluoretada e portanto desta forma de uso de fluoretos na prevenção da cárie dental.

Embora se constitua em preocupação de vários sujeitos da rede de atenção em saúde bucal, da secretaria de saúde aos profissionais, quer por relatar em suas entrevistas quer pelos documentos que produzem, como Relatório do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal de Amparo (AMPARO, 2000), que aponta este problema, todos relatam desconhecer a existência de um dado estatisticamente confiável de mensuração da ingestão. O SAAE Serviço Autônomo de Água e Esgoto é responsável pelo tratamento e distribuição pública de água, feito em 4 estações e 3 poços artesianos. A fluoretação da água teve início em 1996 e a vigilância do teor de flúor por meio de heterocontrole, veio a ser feita a partir de 1998 pela secretaria de saúde, através da área de saúde bucal, que colhe o material e envia-o para análise, ao Laboratório do Departamento de Bioquímica, da Faculdade de Odontologia da UNICAMP, em Piracicaba. Os resultados indicam grande variação no parâmetro flúor, mas com tendência a hipofluoretação, ou seja teores de ions fluoreto inferiores ao padrão de potabilidade. Em 2000, 58,26% das amostras coletadas e analisadas estavam dentro do padrão, em 2001 e 2002 foram, 66% e 58% respectivamente; resultados insatisfatórios em relação ao parâmetro de 70%, sugerido pela Secretaria de Estado da Saúde / SP.



***7- RESULTADOS E  
DISCUSSÃO***

Para apresentação dos resultados dos trabalhos com grupos focais realizados com os cirurgiões dentistas do serviço público de Amparo, como já descrito na metodologia, optamos por uma subdivisão em tópicos, que giram em torno dos objetivos principais do estudo: a concepção dos cirurgiões dentistas sobre tecnologias de saúde bucal coletiva e sobre o uso das tecnologias do flúor na água e da avaliação do risco de cárie.

Essa forma de apresentação dos resultados buscou favorecer o entendimento de como foram sendo reveladas aquelas concepções, sem a intenção de desconectá-las, mas, ao contrário, procurando estabelecer correlações, visto que são concepções complementares.

## **7.1- AS CONCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES DENTISTAS SOBRE TECNOLOGIAS DE SAÚDE BUCAL**

As atividades desenvolvidas em dois grupos - montagem de caixas com ferramentas tecnológicas da saúde bucal, seguida da análise e intervenção num caso fictício utilizando aquelas ferramentas - subsidiaram nossa aproximação ao conceito de tecnologia presente nos discursos dos cirurgiões dentistas pesquisados.

Em cada grupo, a partir da atividade de elaboração individual de três caixas de ferramentas e de sua apresentação, passou-se para a construção de caixas do conjunto do grupo, que foi discutindo e listando as tecnologias que considerassem significativas. Ainda que essas listas dos grupos tenham se constituído num importante material de apreensão e análise das concepções dos dentistas, as tecnologias descartadas ou não elencadas pelos grupos foram também trabalhadas, já que poderiam auxiliar nossa discussão sobre os resultados. A discussão sobre o uso das caixas no caso apresentado complementou as discussões em torno da montagem delas, indiretamente.

O quadro 1 apresenta as tecnologias conforme elencadas por cada grupo originalmente, que, como veremos, não se repetem, com poucas exceções, mas mantêm como característica comum a referência a tecnologias materiais e não materiais.

**Quadro 1-** Caixas de ferramentas tecnológicas dos grupos

<b>ANTIGAS</b>	<b>ATUAIS</b>	<b>FUTURAS</b>
<p><i>Preparo atraumático</i></p> <p><i>Black</i></p> <p><i>(extensão preventiva)</i></p> <p><i>Flúor na água</i></p> <p><i>Resina quimicamente ativada</i></p> <p><i>Martelo cirúrgico</i></p> <p><i>Gral e pistilo</i></p> <p><i>Experiência</i></p>	<p><i>Laser</i></p> <p><i>Carisolv</i></p> <p><i>Implante</i></p> <p><i>Agente de união</i></p> <p><i>Hipnose</i></p> <p><i>Acupuntura</i></p> <p><i>Cariologia</i></p> <p><i>Homeopatia</i></p> <p><i>Limas de endodontia</i></p> <p><i>(níquel-titânio)</i></p> <p><i>Arcos ortodnômicos</i></p> <p><i>Pré-ativados</i></p> <p><i>Bráquetes</i></p> <p><i>Pré-moldados</i></p> <p><i>Preparo atraumático</i></p> <p><i>Abrangência psico-somática</i></p> <p><i>Flúor na água</i></p> <p><i>Experiência</i></p> <p><i>Construtivismo</i></p>	<p><i>Prevenção</i></p> <p><i>Vacina contra cárie</i></p> <p><i>Laser em dentística</i></p> <p><i>Creme dental ou enxaguatório tampão</i></p> <p><b><i>Abordagem do paciente psiquiátrico</i></b></p> <p><b><i>Experiência</i></b></p>
<p><i>Falta de planejamento</i></p> <p><i>Extensão preventiva</i></p> <p><i>Falta de biossegurança</i></p> <p><i>(luvas, máscaras, óculos)</i></p> <p><i>Atendimento sem ACD</i></p> <p><i>Fichas clínicas</i></p> <p><i>Escova dental</i></p>	<p><i>Trabalho a quatro mãos</i></p> <p><i>(ACD) Planejamento</i></p> <p><i>Informática</i></p> <p><i>Ergonomia</i></p> <p><i>Biossegurança</i></p> <p><i>Ortopedia Funcional</i></p> <p><i>Materiais adesivos</i></p> <p><i>Instrumentais</i></p> <p><i>Automatização</i></p> <p><i>(amalgamadores, foto, caneta alta, etc)</i></p>	<p><i>Consultório sem ruído</i></p> <p><b><i>Antídoto para anestésico</i></b></p>

Com base no referencial teórico adotado para a conceituação das tecnologias, agrupamos aquelas que o grupo considerou atuais (quadro 1) em tecnologias leves, leve-duras e duras (quadro 2), com intuito de contribuir para a compreensão sobre tecnologia expressa pelos profissionais e para a análise do tópico seguinte, relativo ao uso das tecnologias.

**Quadro 2** – Agrupamento conceitual das tecnologias atuais

<b>DURAS</b>	<b>LEVE-DURAS</b>	<b>LEVES</b>
<i>Informática</i>	<i>Ergonomia</i>	<i>Experiência</i>
<i>Materiais adesivos</i>	<i>Biossegurança</i>	
<i>Instrumentais</i>	<i>Ortopedia funcional</i>	
<i>Automação</i>	<i>Cariologia</i>	
<i>(amalgamador, foto, caneta de alta)</i>	<b><i>Construtivismo</i></b>	
<i>Laser</i>	<i>Hipnose</i>	
<i>Carisolv</i>	<i>Acupuntura</i>	
<i>Implante</i>	<i>Homeopatia</i>	
<i>Lima de endodontia</i>	<i>Abrangência psico-somática</i>	
<i>(níquel-titânio)</i>	<i>Preparo atraumático (ART)</i>	
<i>Arcos ortodônticos pré-ativados</i>	<i>Flúor na água de abastecimento Planejamento</i>	
<i>Bráquetes pré-moldados</i>		
<i>Ficha clínica</i>		
<i>Escova dental</i>		

As ferramentas agrupadas como **duras** são as que não têm razão instrumental por si e, como equipamentos tecnológicos, dependem do trabalho vivo para significá-las. Há uma grande profusão de instrumentos materiais que foram listados como tecnologias, que são tanto uma simples e indispensável *escova dental*, quanto outros complexos, como o *laser*.

Como tecnologias **leve-duras** foram agrupadas as técnicas, como no caso do *ART*, e saberes disciplinares bem estruturados que operam no processo de trabalho, como a *cariologia* e a *ortopedia funcional*, e outros listados como práticas que subentendem seus saberes, como a *acupuntura*, a *homeopatia* e a *hipnose*.

Essas ferramentas listadas indicam que os grupos não tem uma noção exclusiva do instrumento material como tecnologia, mas que o saber fazer, saber utilizar um instrumento, tem várias possibilidades de conteúdo e que acompanha o uso do instrumento, material ou não.

Quando se referem às formas de “medicina alternativa”, particularmente, parece ficar mais claro que não desconsideram o encontro entre saber e paciente, ou melhor de que podem conceber que a utilização do instrumento está em função também do outro. Assim o saber da *acupuntura*, por exemplo pode ser utilizado para anestésiar um paciente ao invés do saber da anestesiologia, para ambos os casos serão utilizados instrumentos materiais, próprios e que exigem saberes distintos, embora com o mesmo fim, provocar conforto ao paciente. A *acupuntura* é citada como uma opção de escolha do paciente, “*por que às vezes o paciente quer*” (Dentista F), assim como a *homeopatia* ou a *hipnose*.

O *construtivismo* é apontado como forma de educação em saúde, que propõe superar a visão do modo de uso monopolista, por transmissão de conteúdo, pré-definida pelo dentista e aponta uma possível preocupação do grupo quanto ao componente relacional do uso do saber, de construção compartilhada do conhecimento. Esta mudança de enfoque na forma de uso da educação foi mencionada na discussão para montagem da caixa do grupo focal da manhã, mas também esteve presente na discussão do caso, onde a educação em saúde surgiu como tecnologia imprescindível para uso na atenção.

Tomando como base MERHY (2002, pg.49) que cita, como exemplo de tecnologias duras, as normas e estruturas organizacionais, também o *planejamento*, ferramenta não material do trabalho, poderia ser agrupada às tecnologias duras, visto que se referiram a ela apenas em seus aspectos normativos: com o *planejamento* o serviço passou a ter “*normas*” e também “*avaliação*”, citando-se a “UAC” (Unidade de Avaliação e Controle), como desdobramento do uso da ferramenta *planejamento*. Contudo o planejamento mesmo que normativo é uma tecnologia leve-dura e por isso foi assim elencada.

Importante observar que saberes de um modo geral aparecem com mais ênfase que técnicas, possivelmente porque compreendem que estas são recortes daqueles e, portanto, neles contidos. Mas não se buscou aprofundamento nesse aspecto. Fica, então, que, a frequência com que determinados saberes foram citados pode expressar uma importante noção de seu uso no processo de trabalho.

Como tecnologia **leve** foi compreendida aquela que se configurou como processo de intervenção em ato, nos encontros de subjetividades, operando como tecnologia de relações, para além dos saberes estruturados, não capturados pelo trabalho anterior, já realizado, e, assim, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer o trabalho em si.

Nestes sentido, a *experiência* foi descrita como importante instrumento para o trabalho, próprio do relacionamento, sendo a única apontada como tecnologia, originalmente, na caixa. Posteriormente, também o acolhimento foi referido como importante no trabalho em saúde, por ocasião da discussão do caso apresentado; primeiro o dentista K identifica: *-Vejo falta de acolhimento*. Outro (dentista I) concorda: *-...é assim mesmo, o que não temos é pessoal treinado para esta “recepção”; quem faz o acolhimento quando a pessoa chega, na minha unidade é um guardinha mirim!*

Foi marcante a descrição da *experiência* como uma tecnologia, exatamente pela convicção com que a tomam, como um importante instrumento do trabalho em saúde, tanto no espaço do consultório como em espaços sociais, coletivos; sua inclusão em todas as caixas de ferramentas foi deliberada pelo grupo para destacar seu caráter atemporal, reforçando a importância de seu uso, para o grupo.

O termo *experiência* foi usado mais no sentido de empatia, sensibilidade, perspicácia, frente ao outro ou a uma situação, que, propriamente, no sentido de acúmulo de vivências. Esse acúmulo se daria no sentido da capacidade crescente de reconhecer uma certa autonomia do sujeito em relação aos saberes estruturados, próprio do trabalho em ato. Mas que, também, poderia se dar sem acúmulo, o que fica mais marcado quando o grupo reconhece que tal *experiência* não tem relação com o tempo passado, corrido, mas pode ser “natural” de um cirurgião dentista, ainda que novo no ofício.

Assim, podemos dizer que as concepções dos dentistas de Amparo sobre tecnologia fogem um pouco do que, tradicionalmente, vemos no senso comum, onde predomina uma forte associação entre tecnologia e instrumentos materiais de trabalho. Embora também uma pequena predominância nesse sentido tenha marcado, de início, a construção das caixas de ferramentas tecnológicas dos dois grupos, as caixas carregaram nuances, tendo comportado, frequentemente, tecnologias não materiais.

Um aspecto importante a considerar é que praticamente a maioria das ferramentas listadas está disponível para uso no espaço do ambulatório onde atuam os profissionais de Amparo.

As categorias mais frequentes nos discursos são técnicas - *preparo atraumático* - , instrumentos materiais - *laser, implantes, limas de níquel-titânio, instrumentos manuais* - ou saberes - *ergonomia, biossegurança, ortopedia funcional, acupuntura* -, relacionados à clínica. Qualquer intervenção que se conceba, usando estas ferramentas, se dará em um espaço de atendimento privilegiado para o indivíduo, mesmo que este atendimento/intervenção tenha repercussão no coletivo através dele.

O *flúor na água* e o *construtivismo* como uma forma de educação em saúde, que são intersetoriais e de aplicação em coletivos, a *escova dental*, de uso doméstico, e a *experiência*, foram as exceções.

A apreensão de elementos que reforçam o espaço do ambulatório como local de intervenção privilegiado do grupo sobre o caso se dá em sucessivos momentos da discussão sobre o caso, mas sobretudo fica menos obscura quando no meio de uma discussão sobre

atribuição de culpa/responsabilidade sobre o estado de saúde da criança, um dos participantes inicia o que pareceu ser uma linha de intervenção compartilhada pelos dentistas do grupo:

Dentista G - *...então por outro lado também a gente não consegue fazer o nosso trabalho.*

Pesquisador - *Que no caso, qual seria?*

Dentista G - *Eu pegaria as fichas clínicas e chamaria os pais e mostraria as faltas.*

Pesquisador - *Isso já aconteceu e os pais não vieram!*

Dentista G - *Eu daria uma resposta à dor, mais imediata.*

Pesquisador - *Algo mais?*

Então há reações diversas no grupo que indicam uma certa heterogeneidade quanto aos caminhos da intervenção, mas que enfim acabam delimitando como limite de sua prática o espaço do ambulatório:

Dentista G - *Eu sento e choro!*

Dentista K - *É um caso para o conselho tutelar.*

Dentista J - *Não vejo assim, os pais trabalham, estão preocupados em por comida em casa, pagar o aluguel, tem coisa que não é culpa dos pais...*

Dentista I - *Tem criança que o pai está desempregado, vende droga e faz um monte de outras coisas, a mãe não trabalha e tem um monte de filhos, no Jd. Brasil eles vivem de doação...*

Dentista K - *Vai dizer que os pais não são culpados?*

Dentista I - *Então espera aí! Que eu faço com essa criança? Eu dou alta para a criança, a mãe assina um termo: conselho tutelar; eu joga a “bomba”, não está em minha alçada.*

Em outro grupo quando o pesquisador pergunta aos dentistas sobre o uso da avaliação de risco, e de seu significado, primeiramente se estabelecem intervenções que se limitam ao ambulatório:

Pesquisador - *Considerando que a criança do caso tem cárie, como vocês trabalham o risco dela?*

Dentista A - *Para mim ela é de alto risco.*

Pesquisador - *Isto significa o quê?*

Dentista A - *Quatro sessões seriadas (de flúor), vai para a cadeira, não fica só no PC (procedimento coletivo)..., quer o protocolo?*

Dessa forma a primeira, não a única, mas a primeira intervenção que se concebe é protocolar e se passa no ambulatório, na atenção individual. E não que este espaço, o da clínica, e estes procedimentos não fosse necessário; mas, seus limites são definidos pelos dentistas, quando “chama os pais” e não vai até eles, ou “resolve o problema de dor”, que de fato foi demandado pela criança e é indiscutivelmente necessário. Então, finalmente se estabelece como da “alçada” do grupo não intervir além do ambulatório, encaminhando o caso a um Conselho Tutelar, que há de atuar sobre a relação de cuidado entre pais e filhos. Vejamos que o grupo propõe intervir sobre esta relação, convocando os pais, mas no seu local de domínio, que é sua clínica não ampliada, que não transcende uma intervenção técnica, confirmando suas concepções enunciadas com a listagem das caixas de ferramentas.

Se nos limitarmos a suas primeiras e espontâneas manifestações, torna-se relevante também o fato de não terem sido enfatizadas as tecnologias de saúde coletiva nas caixas dos grupos. Voltando a observar o quadro<sup>1</sup>, podemos verificar que os grupos não listam nominalmente nas caixas de ferramentas, tecnologias tradicionais da saúde pública como programação, epidemiologia e vigilância à saúde.

Contudo não identificamos como pertinente à Saúde Coletiva, essa ou aquela tecnologia, mas sobretudo, é no modo de uso, mais que da origem e da prescrição definida *a priori* que se caminha em sua direção.

Assim, de uma forma ou de outra, com maior ou menor ênfase, as principais tecnologias de saúde bucal coletiva que trabalhamos em nosso referencial teórico (flúor na água de abastecimento, avaliação de risco de cárie, educação em saúde, trabalho em equipe) estiveram presentes no discurso dos profissionais, sobretudo nas propostas de intervenção discutidas para o caso.

Lembrando que, mesmo que não se referindo a elas nominalmente, como fizeram com o flúor e a educação em saúde, listados como ferramentas tecnológicas, sucede o fato destas tecnologias estarem presentes nas propostas de intervenção no caso discutido, portanto associadas ao uso delas para a intervenção, sinalizando para uma concepção de tecnologia cujo uso se dá também em coletivos e não apenas restrita ao ambulatório, a qual foi predominante.

O flúor na água de abastecimento público foi relacionado como tecnologia, sendo associada no tempo passado e presente, com este destaque tendo sido mencionado, “...uma tecnologia que é antiga mas continua a ser muito utilizada é o flúor na água...” Ela não foi relacionada às tecnologias futuras e, embora não tenha havido inicialmente referência aos motivos na montagem das caixas, mais adiante, com a discussão do caso, desvela-se uma situação almejada onde o flúor pode não ser mais necessário como meio de prevenção à cárie. O grupo manifestou associação entre o uso de flúor na água e o índice de cárie no município de Amparo, precisamente aos 12 anos de idade, que, segundo eles, “...ainda não abaixou...ainda não está... Está muito bom, mas ainda... Daria para dispensar os bochechos com flúor, mas na água, ainda não podemos mexer.”

A avaliação do risco de cárie foi indicada como ferramenta tecnológica por uma única pessoa em sua caixa individual, que relatou ao grupo achar importante “trabalhar de acordo com o risco de cárie (avaliação)”. Sua posição não prevaleceu para o grupo todo no momento de construção das caixas do grupo e, embora não tenha havido discussão explícita de que a avaliação de risco não fosse uma tecnologia, inicialmente transpareceu

que os grupos não a associam fortemente a suas concepções de tecnologia. Por sua vez, quando instigados sobre seu uso no caso relatado, quase todos os participantes lançaram mão de uma certa forma de avaliação de risco.

A educação em saúde, como visto na apresentação do contexto de trabalho dos dentistas da rede pública de Amparo, é tida como estratégica para a atenção, sobretudo pelo modo construtivista como se propõe realizá-la. No discurso dos dentistas, tal visão acaba de certa forma confirmada, pois o *construtivismo* figurou desde logo como uma tecnologia. Essa concepção se confirmou durante a discussão a respeito da intervenção no caso, ainda que tenha se manifestado uma certa heterogeneidade entre os participantes quanto ao domínio da educação construtivista, com algumas falas contendo expressões de autoritarismo em discretos momentos da discussão.

Quanto à compreensão do trabalho em equipe como tecnologia, fez-se menção pela inclusão do trabalho a quatro mãos como tecnologia, listando-se ainda as características de ergonomia e biossegurança, almejadas por este sistema como sendo tecnologias.

Enquanto na montagem das caixas de ferramentas os grupos enfatizaram o trabalho em equipe mais como trabalho à quatro mãos - pelo seu componente de auxiliar operatório em procedimentos realizados no consultório -, na discussão sobre o caso conceberam mais como um trabalho auxiliado por um outro profissional, cujo saber não lhe é nuclear, ou, mesmo, para exercer mais exclusivamente seu saber, reconhecendo que algumas ações são de um campo de conhecimento compartilhado, e que podem ser delegadas:

*Eu estou treinando as agentes comunitárias do meu posto,...isso é uma parceria, a gente tem o programa de bebê e elas fazem as visitas a esses bebês...(Dentista I)*

*Há muita falta, por medo...eu encaminho para a psicóloga. (Dentista K)*

Neste ponto, cabe lembrar o que Merhy (2002) nos afirma: **“-no trabalho em saúde, não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas quais razões instrumentais os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades; cabendo, portanto, perguntar sob que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções, ocupam na rede de relações que as constituem;...”**

Assim, mesmo que não tenhamos investigado o modo de uso das tecnologias, o que exigiria observações outras, mas sim as concepções sobre o seu modo de uso, a partir do discurso de um dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde bucal, o dentista, achamos essencial entender o modo de uso concebido, antes de entender o modo de uso mesmo das tecnologias.

Para aprofundar essa compreensão, passaremos a apresentar as concepções sobre o uso das tecnologias particularmente problematizadas neste estudo, presentes no discurso dos cirurgiões dentistas do serviço público de Amparo, voluntário da pesquisa.

## **7.2 – O USO DAS TECNOLOGIAS**

O uso das tecnologias foi verificado, principalmente, a partir de um caso proposto para discussão e análise pelos dois grupos focais, que deveriam, então, propor intervenções com o uso de suas caixas de ferramentas. Lembrando que o caso poderia suscitar uma série de intervenções, desde um simples procedimento de alívio da dor, ou incluir a restauração dos dentes e nada mais, com ou sem uso de flúor, enfim, a construção da intervenção poderia se dar de várias formas. Naquele momento, cabe lembrar, também, o pesquisador salientou aos grupos que eles teriam liberdade de acrescentar ou descartar ferramentas presentes nas respectivas caixas.

Foi a partir das propostas sobre o uso das tecnologias como intervenção no caso, que vieram acompanhadas de justificativas reveladoras dos saberes e intencionalidades mobilizados pelos dentistas que as operam, que se buscou apresentar os resultados e analisá-los, dentro de nossos objetivos.

Resumidamente, o que os grupos propuseram está fundamentado em análises e intervenções semelhantes: relataram considerar o caso como necessitando de atenção especial, identificando cárie e fluorose, não apenas em sua condição bucal, mas também decorrente de outras condições, especialmente do cuidado familiar. Assim, o grupo intervém sobre o caso como sendo de alto risco para cárie, com fluoroterapia intensiva, restauração das cavidades, educação em saúde e algum tipo de abordagem com os pais que não foi estruturada, mas ficou como intencionalmente marcada. Para intervir no caso, o grupo foi reforçando o local de uso das tecnologias, revelado em parte pelas tecnologias listadas nas caixas, como sendo predominantemente o ambulatório.

Para tanto, em linhas gerais os profissionais lançaram mão da maioria das ferramentas listadas, o que reforça uma concepção de tecnologia que também se faz presente no discurso sobre a prática cotidiana.

Embora o uso de algumas tecnologias descritas não tenha sido explicitado, seu uso fica subentendido nas propostas de intervenção. Assim, quando se propõe restaurar dentes cavitados, não se descreve seus passos operatórios (técnicas) e os equipamentos usados para tanto, que figuram como tecnologia. O que em si não revela muito, pois de fato os instrumentos materiais não têm razão instrumental, senão pela intencionalidade de seu operador. Então, pode-se dizer que o ato de restaurar é que dá sentido ao uso dos meios-instrumentos, e, portanto, carrega de significado aquele trabalho. Isso pode explicar porque se disponibilizam, na caixa de ferramentas atuais, três meios de preparar o dente para ser selado ou restaurado: com instrumento rotatório, com solução ácida (Carisolv) ou com instrumental manual (ART).

Mas, se deixam transparecer na montagem das caixas que os instrumentos materiais não são um fim em si, também não fica claro se o ato de restaurar basta como produto desse trabalho. Neste sentido, o caso apresentado possibilitou uma investigação maior, que elucidou um pouco mais sobre o produto final intencional construído pelos dentistas de Amparo, através do uso das tecnologias que focamos, visto que as consideramos leve-duras, com componentes tanto de saber operante, como relacional.

### 7.2.1 - Flúor na água de abastecimento

Em si, o flúor como componente químico, adicionado em vários veículos, inclusive à água, é um instrumento, uma ferramenta do trabalho intencional de prevenção à cárie. Nessa etapa, da adição do componente na estação de tratamento, ela pode ser considerada uma tecnologia dura. E como fazê-lo, geralmente não é de domínio de um dentista, mas de um químico ou profissional de áreas afim. Mas, anteriormente e posteriormente à sua adição à água como veículo, seu uso passa por diferentes interferências do dentista, para só então ganhar este ou aquele significado.

Anteriormente à sua adição, o dentista deve saber o quanto de flúor é necessário e quando ele é necessário. Assim, no momento anterior à sua adição e mesmo ao controle de seus teores na água, o dentista atua aparentemente sem presença de um sujeito indivíduo, pois nesta esfera ele deve se relacionar com um sujeito que é coletivo, que é a população para a qual ele está supostamente operando essa ferramenta. Aqui, seu domínio sobre a epidemiologia como saber se faz imprescindível para lhe indicar qual a necessidade desse sujeito coletivo, seu índice de cárie, e para conhecer e controlar o possível efeito colateral de seu uso, a fluorose. Dialogar com esse coletivo não é tarefa comum nas instituições tradicionais e é ainda incipiente em novas formas de organização, mas é o que se espera quando se toma a Saúde Coletiva como referencial. Esse diálogo é central para o encontro/disputa entre a necessidade (índice) concebida pelo operador para acessar o uso da tecnologia e a necessidade/intencionalidade concebida pelo sujeito coletivo.

Há, sem dúvida, um julgamento para uso da fluoretação em função do índice de cárie em Amparo, pois, como já comentamos, o grupo de dentistas pesquisados vislumbra uma situação futura em que ele pode não ser mais necessário. Então, quando o grupo faz, por exemplo, uma avaliação de que o índice de cárie do coletivo para o qual direciona esta ação ainda justifica seu uso, o faz de seu local de domínio, que é a epidemiologia: *“porque a gente ainda não abaixou o índice, que está bom.. mas ainda...”* (dentista A).

Isso sugere que tal justificativa tem base no saber da epidemiologia para sustentar o uso da tecnologia, mas transparecendo um julgamento impreciso sobre que índice se espera atingir e quem deve atingi-lo. Imprecisão que se evidencia quando, em

outro grupo, observa-se um domínio relativo do dado epidemiológico: *“foi baixo. Foi bom nosso índice, não foi? Dois e pouco, é isso? Aos 12 anos esse índice? É, não sei, aos 12 anos estava abaixo da média...1,96, alguma coisa assim. Aos 5 anos que a gente não conseguiu, parece, o ideal...”* (dentista G ) *“Aos 12 anos nós atingimos a meta da Organização Mundial da Saúde.”* (dentista H )

Isto já representa um avanço ao que comumente ocorre, onde o indicador é considerado como perene ou de domínio exclusivo do nível técnico central. Mas não se pode afirmar que tal julgamento, de necessidade de uso da tecnologia, reflita um julgamento que tenha como referência um sujeito coletivo. Essa relação não se pode dizer que tenha se revelado ou que realmente exista. Assim, o lugar do sujeito coletivo, para o qual a tecnologia de flúor na água é usada, parece ainda estar por ser revelado.

Por uma série de motivos, há uma corrente, na sociedade, que se posiciona contrária ao uso do flúor na água de abastecimento. Recentemente, um representante político propôs no legislativo a revogação da lei que obriga a fluoretação da água nos locais com estação de tratamento. Um dos argumentos usados por quem se coloca contra a fluoretação é o risco de toxicidade crônica, que provoca fluorose. Esse fato mobilizou os defensores da fluoretação - que conhecem seus benefícios e também que só há risco de fluorose quando não há controle do teor de flúor - no sentido de derrubar a proposta, o que acabou acontecendo. Esse é um debate recorrente e é possível que volte a ser travado no futuro.

Daí considerarmos que os saberes sobre a fluorose e o controle do teor de flúor na água são imprescindíveis ao uso da tecnologia.

Um debate semelhante àquele, mostrou ser provável que o grupo todo conheça a relação de causa e efeito entre flúor e fluorose, pois, ao identificarem a doença no caso apresentado, associaram-na imediatamente ao flúor, quando questionados sobre as suas causas:

*“-O que causou a fluorose?”* (Dentista F)

*“-O flúor...”*: (Dentista A)

Um único profissional polemizou, posicionando-se contrário ao uso do flúor na criança, referindo haver risco de piorar o seu grau de severidade:

*“Mas não aumenta o índice de fluorose? Você vai continuar (usando o flúor)?”* (Dentista F)

Essa posição não procede, visto tratar-se de criança com 8 anos de idade e sem risco de fluorose dentária. O conjunto do grupo reconheceu os períodos críticos de risco de ingestão de flúor para a dentição permanente, assim se expressando:

*“Não vai mudar nada, o dente já está formado e o tratamento da fluorose continua com o uso do flúor, e não vai alterar a fluorose utilizar o flúor... eu não restringiria o consumo da água com flúor.”* (Dentista A)

Ao tentar identificar as causas da fluorose na criança do caso relatado, revelaram alguns de seus saberes sobre as fontes alternativas de flúor que poderiam tê-la causado, ao mesmo tempo em que justificaram, convictos, que o excesso de flúor não provem da água de abastecimento, com base nos teores de flúor na água e de seu controle e, principalmente, em vista dos indicadores epidemiológicos de fluorose em Amparo.

A princípio, trabalharam com a hipótese dos veículos de ingestão, com grande convicção de que sua origem não é a água de abastecimento público do município:

*“Vocês estão concluindo que a fluorose veio da água?”* (Pesquisador)

*“Não, da água não. A fluorose dela veio do poço de Três Pontes...”*  
(Dentista A)

Conforme foram consolidando suas percepções sobre o grau de severidade da fluorose, a partir do relatado no caso, concluíram, primeiro, que *“A criança está com fluorose, pelo jeito severa... pelo que ‘vi’, criança com fluorose severa cavitada...”*(Dentista A); a seguir, suas convicções quanto à origem da ingestão de flúor vão aumentando, para, em seguida, concluírem que dificilmente a criança é de Amparo, afirmando que sua fluorose é *“de outra origem, daqui é que não é”*(Dentista F), voltando à hipótese de outras fontes no município *“da água não, a fluorose dela foi do ‘pocinho’ lá*

*de Três Pontes” (Dentista A), e concluindo “Esta criança tem oito anos, mora em Amparo, a fluorose dela foi, ou do poço lá de Três Pontes, ou de engolir pasta de dente. Muito mais do poço de Três Pontes”.*

Enunciam, então, alguns saberes epidemiológicos quanto à fluorose em Amparo: refutam a hipótese inicial -da origem do excesso de flúor ser o poço de Três Pontes-, pois admitem que para isto o caso não seria atual, porque o levantamento epidemiológico de 2002 indica que o índice de fluorose observado neste levantamento foi leve ou muito leve. Mesmo no bairro de Três Pontes não há mais fluorose moderada ou severa... Trata-se de relato histórico sobre *“uma família de uma região daquele bairro, perto de Monte Alegre, que há tempos foi diagnosticado com esse grau de fluorose por ingerir água de um poço que foi lacrado”* (dentista D).

Para Amparo, tal debate em torno da toxicidade crônica não deve mesmo indicar preocupação com o risco de fluorose, visto que o Levantamento das Condições de Saúde Bucal (2002) mostrou que apenas 11% das crianças aos 12 anos têm fluorose, sendo que a prevalência é menor em graus de severidade maior, e mesmo porque não se observou nenhuma criança com fluorose moderada ou severa. Além do mais, no heterocontrole, verificou-se uma constância de teores de flúor em níveis ótimos, quando muito, abaixo dele, com o qual não se observa benefício da prevenção à cárie, mas seu risco de toxicidade crônica não existe, senão por outra fonte de ingestão.

Citando o município de *“Pereira Barreto”*, onde supõem, *“por desconhecerem a quantidade de flúor que se deveria adicionar à água, houve alta incidência de fluorose em uma geração toda”*, referiram a importância de conhecer a quantidade de flúor a ser adicionada à água. (Dentista F)

A importância do constante controle do teor de flúor para os dentistas foi sendo desvelado, pois os dois grupos mencionaram sua necessidade, sendo que, num deles, isto já foi expresso na primeira oportunidade em que falam da fluoretação:

*“-É o que acontece em Amparo, a água é fluoretada, e há o controle verificando se realmente a água está fluoretada...”*, assumindo para si a co-responsabilidade do controle: *“... e temos que ficar cobrando isso da coordenação, sempre controlando se a água realmente está fluoretada.”* (Dentista J)

Supondo agora que o flúor na água está dado, por uma singular interação de sujeitos em Amparo, ele se torna então, novamente, trabalho morto, um instrumento novo disponível. Agora a interferência do dentista é posterior a fluoretação da água, sua justificativa epidemiológica existe, e seu controle garantido possibilita seu uso seguro. Singularmente, esse instrumento está agora nas mãos do sujeito em cuidado e não mais na esfera de poder do dentista, a quem resta a possibilidade de acessá-la, usando seu saber e suas intenções em relação ao paciente. Analisemos, então, que o uso da tecnologia pelo dentista é exclusivamente relacional, visto que o instrumento não está em suas mãos, mas na do sujeito na qual ela será usada, ou auto-usada... remetendo à esfera do AUTO-CUIDADO. O uso da tecnologia de flúor na água de abastecimento é, assim para um dentista, na atenção individual, uma tecnologia leve, ligada ao auto-cuidado, portanto de caráter relacional.

E o primeiro aspecto ligado ao uso relacional da tecnologia do flúor é o reconhecimento do dentista de que a ingestão dessa água que efetivaria seu uso, passa pelo saber e intenção do paciente e, portanto, é determinada por saberes do senso comum, cultura e de subjetividades, como valoração, paladar, cheiro e aparência da água.

Os dentistas pesquisados têm essa percepção de que, embora disponham da água tratada, “*..é da população mesmo tomar água de fonte.*” (Dentista E) “*ou desses galões*” (Dentista A). Talvez porque, em Amparo, “*a maioria das pessoas têm uma resistência ao uso da água do SAE, utilizam água mineral e há muitas fontes também.*” (Dentista I) *identificou-se* alguns motivos para isso, quer seja porque “*Existe uma cultura de utilizar água comprada..*”, quer seja porque as pessoas não gostam de beber a água de abastecimento, que “*...quando chega, muitas vezes está muito forte de cloro...é impossível se beber, porque a água vem branca, principalmente quando houve algum problema*”. (Idem)

Com segurança depositada nos dados epidemiológicos, de heterocontrole do teor de flúor na água de abastecimento e no saber técnico, os profissionais manifestaram claramente seu desejo/necessidade de consumo de água com teor ideal de flúor pela população: “*Aqui em Amparo a gente luta muito para a população tomar água de abastecimento..*” (Dentista E)

Os dentistas expressaram em suas falas, o uso do flúor na água como aqui o compreendemos, como tecnologia leve, para promoção do auto-cuidado, visto que apresentam como regra investigar sobre sua ingestão como se verifica em seus impressos (anexo2) e em seus discursos. Quando se verifica que o consumo de água é de outras fontes que não a de abastecimento público, propõe-se orientar os pacientes sobre os benefícios de sua ingestão: “*A gente procura orientar, fazer um trabalho de orientação...*” (Dentista G)

É enfim na relação intersubjetiva, concebida pelos profissionais, que pareceu estar indicado um caminho para uma atenção cuidadora; reconhecendo os desejos/necessidades do paciente de consumo de água, a intencionalidade de que o paciente ingira água fluoretada para seu benefício – seguramente estabelecida em parâmetros técnicos - vem precedida de respeito ao seu desejo, que então se efetiva pelo diálogo:

“*...só que a gente tenta orientar a utilizar essa água fluoretada...*” (Dentista I)

### **7.2.2- Avaliação de risco de cárie dentária**

Conforme abordada em nosso referencial, a tecnologia de avaliação de risco de cárie consiste em se produzir um julgamento, para direcionar a atenção/intervenção. Assim, trata-se do arranjo entre os saberes do dentista portador de uma intenção/necessidade e da relação com um paciente e sua intenção/necessidade, que se dará a partir de observações fundamentadas em critérios objetivos e por percepções subjetivas.

A avaliação do risco de cárie não surgiu como um tecnologia para o grupo na montagem de suas caixas de ferramentas, mas se revelou na análise de que a criança necessitaria de atenção especial.

Esta necessidade de atenção especial, sinônimo de alto risco, seria decorrente de sua condição bucal. Associaram a situação da criança do caso em semelhança a outros, onde a classe baixa é tipificada por uma cultura de descaso com a saúde, mas, foram construindo uma intervenção, que em princípio, se dá na clínica, conforme normas e protocolos: “*Eu resolvo o problema de dor, selo as cavidades, faço fluoroterapia intensiva, e dou orientação para criança e a mãe*” (Dentista A).

Espontaneamente os dentistas não propuseram outras intervenções que ampliassem os limites do ambulatório, parecendo que sua primeira intenção seria mesmo limitada ao cuidado relacionado aos aspectos técnicos da saúde bucal.

Mas, quando instigados a analisar as causas da condição bucal da criança, o fazem também em associação à sua condição de vida, “...a criança, no caso, é uma criança que teve um descaso, que está com a boca deplorável...” (Dentista G). Descaso que não é, claro, da criança para com ela mesma, mas, primeiramente, associado ao contexto familiar: “Não, não como eu falei da estrutura familiar, às vezes não tem estrutura familiar, tem a parte cultural...” (Dentista G) e, mais propriamente, ao cuidado e proteção dos responsáveis: “a criança não tem culpa, mas o pai e a mãe também não se preocuparam”.(Dentista G)

Quando questionados, “Mas os pais têm culpa?” (Pesquisador), reconhecerem que a família está também determinada por suas condições e possibilidades: “Não têm culpa porque a própria sociedade não dá essa base para eles...”(Dentista H), sobretudo pela mesma carência já identificada, relacionada ao auto-cuidado, porque a sociedade... “não dá educação” (Dentista H).

Isso se dá numa identificação da família como local da atenção/intervenção em função mesmo da organização da atenção básica pelo PSF: “o PSF acaba mostrando uma realidade diferente...” .

Esta análise que fazem das causas das condições de saúde bucal da criança do caso apresentado para discutirem, poderia indicar que a tecnologia de avaliação do risco seria utilizada de modo pouco estruturado em saberes técnicos relacionados a boca, mesmo dispondo de um protocolo de avaliação (em paradoxo) e de conduta.

Pode ser que isso decorra do fato de que o protocolo de avaliação não contenha critérios de risco sócio-econômico, sendo restrito aos aspectos bucais/individuais, indicando apenas simplificação operacional de procedimentos técnicos, como restaurações temporárias e flúor.

Propositadamente, o caso foi descrito sem grandes detalhes referentes à situação bucal, para estimular que o grupo questionasse caso fossem relevantes tais detalhes. Isso não aconteceu, dando o grupo por suficiente o descrito para considerar o caso como de alto risco e com necessidade de atenção especial. O que pode reforçar nossa suspeita que, para caracterização do alto risco, geralmente critérios que figuram para serem examinados estão redundantemente presentes, e que para a avaliação esse exame não necessita precisão.

A avaliação do profissional colocado na estória, de que o dente está em situação deplorável, poderia ser posta em discussão no sentido de relativizá-la para o contexto. Por exemplo, se falássemos de um dentista na Suécia, onde se considera uma perda dental uma deficiência física, a situação descrita poderia representar uma criança com grau muito leve de fluorose, com os dentes manchados, com mancha de sulco oclusal, pretos dos corantes ingeridos na dieta, com um dente em erupção retido parcialmente por um fibrosamento da gengiva local que comumente inflama e provoca dor.

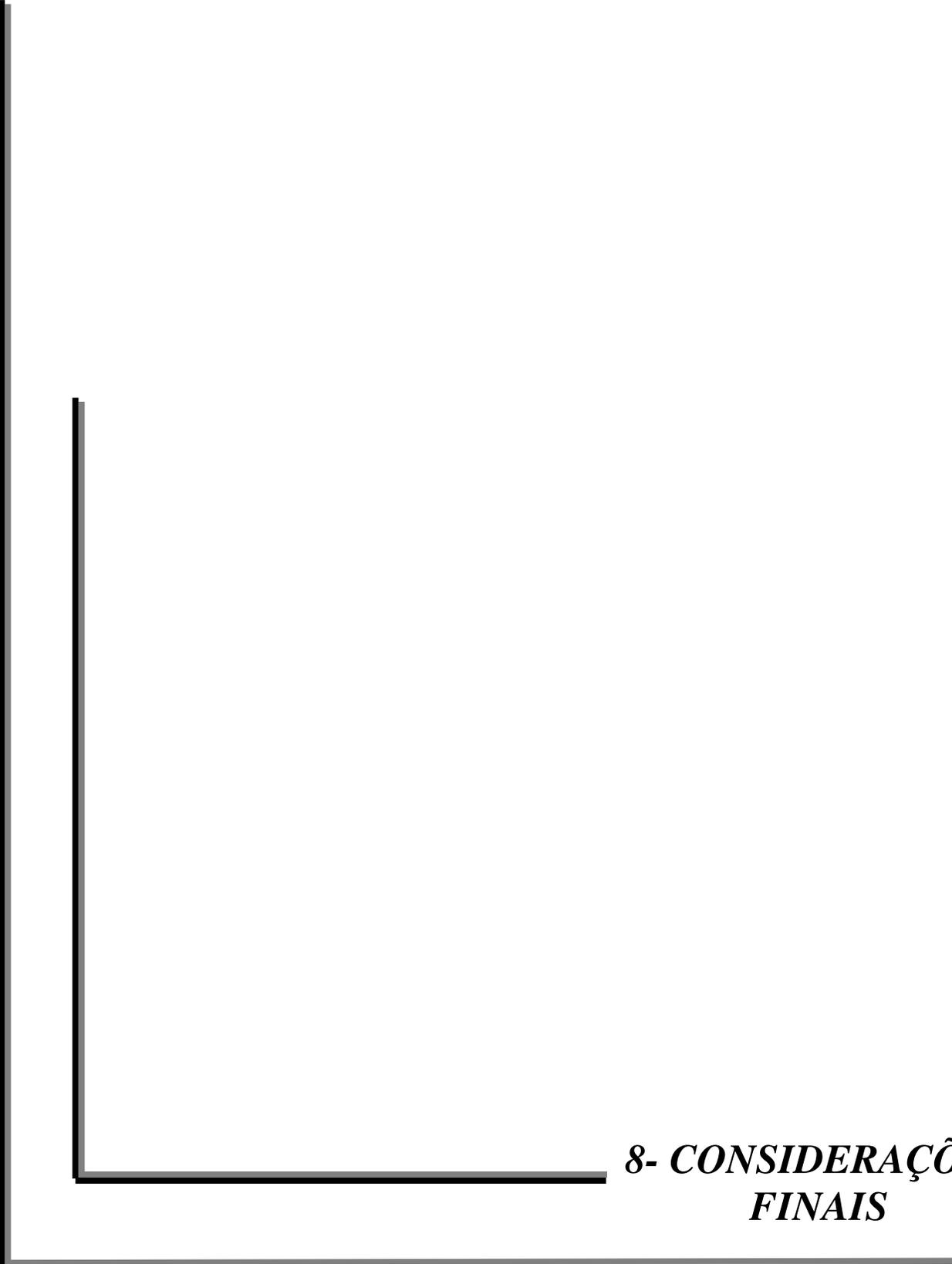
Uma outra suposição é de que a organização da atenção básica pretendida pela Secretaria da Saúde, levando em conta a família como foco da atenção, evidenciou esta como lugar a ser condicionado para intervir, através da educação em saúde e da assistência conjunta.

Indiretamente, outra evidência de que conhecem para avaliação de risco determinações (condições) não bucais, está na constante referência ao trabalho em equipe, que pretende contar com profissionais a serem treinados para o acolhimento, podendo ser a enfermeira (AUX) ou uma ACD, assim como os agentes comunitários que indiquem risco no domicílio e encaminhem para a atenção na USF. Buscam apoios e saberes nucleares de outras áreas, como o conselho tutelar e encaminhamentos para a psicóloga (caso: medo, dor).

Mesmo dentro do serviço de saúde bucal, contam com o trabalho da equipe dos Procedimentos Coletivos, de forma relativamente integrada, pois a identificam como extensão de cobertura da atenção, um complemento.

Os discursos sobre a intervenção no caso foram, assim, revelando alguns dos saberes acessados para tal julgamento, mas não revelou claramente (só de maneira subentendida) que ele se dá, também, em função de percepções.

Talvez a mais interessante revelação que se obteve em relação ao uso da tecnologia de avaliação de risco seja que a avaliação é concebida de modo protocolar à princípio, mas também de modo não estruturado em saberes técnicos relacionados às condições da boca, visto que no caso discutido estas não foram explicitadas pelo pesquisador. Assim concebem fazer um julgamento das condições bucais como relacionados também às condições de vida. Destaque-se, especialmente as condições e possibilidades de vida da família como determinantes da situação de saúde.



***8- CONSIDERAÇÕES  
FINAIS***

Ao final é preciso considerar as possibilidades práticas de uma conceituação de tecnologia que não as confunda com os instrumentos materiais do trabalho, de forma a resgatar para o centro do processo produtivo, o ser humano, sujeito e objeto, no qual se concretiza qualquer conceito de saúde que abstraímos teoricamente.

Em Amparo as concepções dos cirurgiões dentistas fogem ao que tradicionalmente vemos na sociedade, de um modo geral, tanto porque estes lançam mão de instrumentos não materiais do trabalho, como porque os instrumentos do trabalho não são tomados como um bem em si. Isso indica uma possibilidade real dos conceitos teóricos que abordamos.

Ao admitir que o homem é o centro do processo de trabalho em saúde, novos saberes acadêmicos deveriam ser capturados para uso no trabalho, principalmente os relacionados às ciências humanas. O desenvolvimento humano deve ser visto pelo trabalhador da saúde em sua integralidade e não como tem sido hegemonicamente, em seus aspectos biológicos.

Por outro lado, há que se considerar a legitimidade de outros tipos de saberes na construção das verdades úteis para a construção da saúde, como as diversas sabedorias práticas do senso comum transmitidas culturalmente.

Assim, melhor seria se a saúde ao invés de precisar ser conquistada pela população, devesse ser produzida por ela, no sentido de compartilhamento, solidariedade, de integração. Sentimentos que nós humanos andamos tão carentes.

Por conseqüência, o cuidado em saúde seria uma pequena esfera dessa produção vital. Cuidar da saúde de alguém seria mais que construir um objeto e intervir sobre ele, seria um processo produtivo de saúde, a ser compartilhado, social.

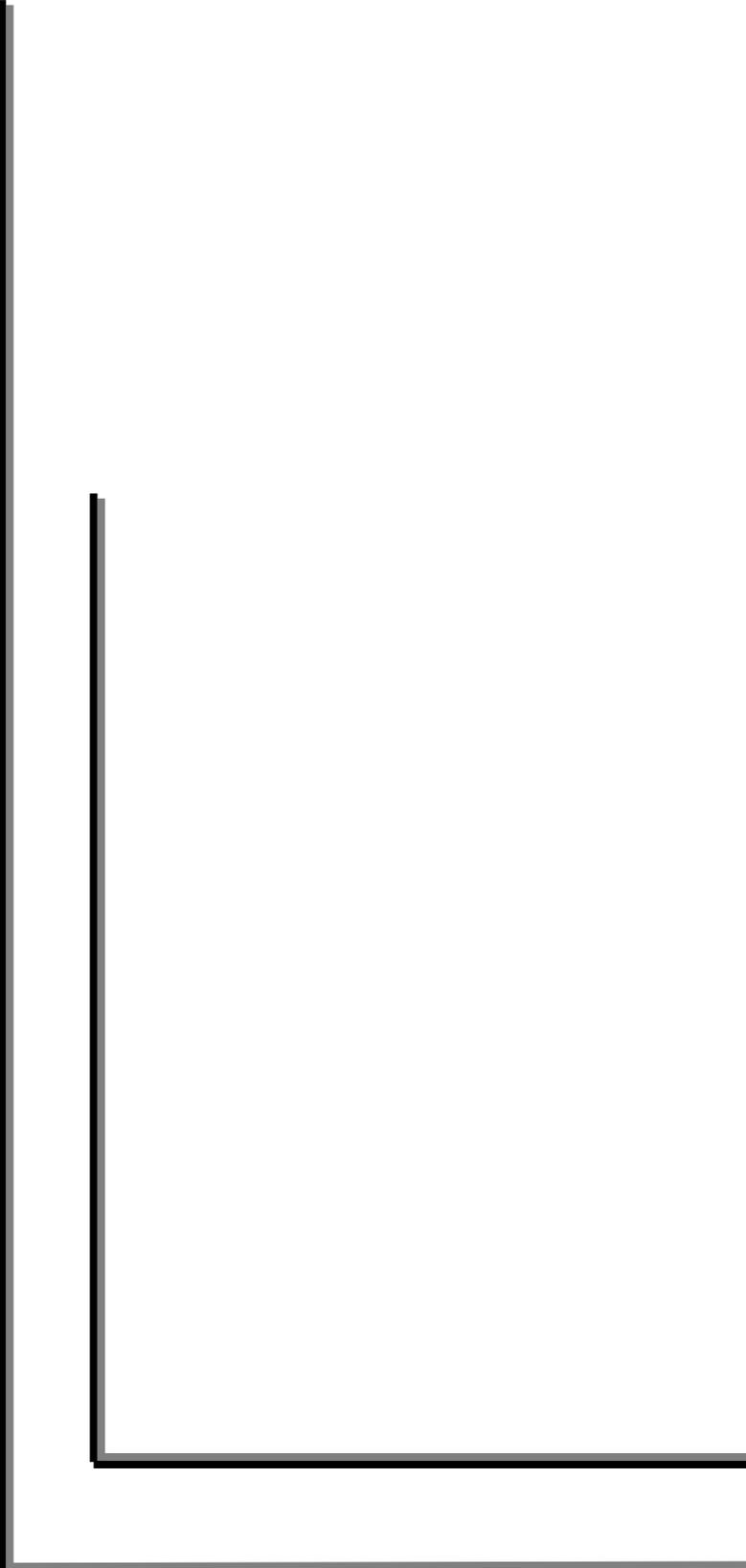
Dessa forma estaríamos produzindo valores coletivos. Valores como dos benefícios do flúor na água. Ele não se dá pela utilização da tecnologia **no** coletivo, mas **para** ele, ou seja, quando houver necessidade que a justifique. Porém, é principalmente **com** o coletivo que se produzirá verdades construtivas como se pretende: compartilhadamente. Compartilhar é relacionar, dialogar e neste sentido, a atenção interpessoal é estratégica, a relação é estratégica.

Então devemos considerar que a clínica também pode produzir verdades que interessem ao coletivo, ampliando sua ação, por que é privilegiadamente interpessoal. A clínica em Saúde Coletiva não é privada, mas pública, nem por isso é devassada.

Essas considerações são potencialidades do trabalho vivo, e parecem estar sendo exploradas em Amparo pois, o flúor na água, por exemplo, é usado não só como método compulsório de prevenção em massa, mas de co responsabilidade de cada cirurgião dentista e também relacionado a autonomia e auto cuidado.

A avaliação de risco é feita protocolarmente, sobretudo pela observação de aspectos objetivos das condições de vida ligadas as condições bucais do paciente, mas também com um grau de autonomia, pela percepção de condições de vida na sociedade. Para a classificação de necessidade de atenção especial ou de alto risco de cárie, as condições bucais não carecem de extenso detalhamento, muitas vezes podendo ser pouco relevante, quando uma condição social mais geral de vida é precária.

Enfim, embora o referencial da Saúde Coletiva tenha potencial para contribuir para novas concepções das tecnologias e de seu uso, principalmente, no que se refere a integralidade do ser humano e da centralidade das relações intersubjetivas como produtora de cuidado, novos estudos precisam ser realizados afim de compreendermos um pouco mais sobre as intencionalidades e necessidades dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.



***9- REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALBORNOZ, S. **O que é Trabalho**. 6<sup>a</sup> ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- AMPARO. Secretaria Municipal de Saúde. **Balanço anual da programação de 2002. Relatório de Gestão referente ao ano de 20002**. Amparo, 2003. (mimeo)
- AMPARO. Secretaria Municipal de Saúde. **Levantamento Epidemiológico das condições bucais do município de Amparo-SP 2002**. (mimeo)
- AUGUSTO, M. H. O. Tecnologia em Saúde no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v.6, n.4, p.2-8, 1992.
- AUGUSTO, M. H. O. Reflexões sobre o uso de tecnologias médicas. in CANESQUI, A. M. (org.) **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000. p. 151-166.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v.6 n.1 São Paulo 2001.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. 1991. apud NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- BOTAZZO, C. **Saúde bucal Coletiva: um conceito em permanente construção**. **Saúde Atual**, n. 1, p. 14-23, 1991.
- BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.
- BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária**. São Paulo:HUCITEC-FAPESP, 2000.
- BOTAZZO, C. **Saúde Bucal e Cidadania. Transitando entre teoria e prática**. São Paulo, 2002. (mimeo)
- BOTAZZO, C. & TOMITA, N. E. Contribuição para constituição de um Núcleo de estudos e Pesquisas em Saúde Bucal Coletiva, em Bauru-SP. **Odontologia Capixaba**, 18 (19), p. 22-4, 1990.

BURT, B. A., 1995. Introduction to the Symposium. **Journal of Public Health Dentistry**, 55:37-38.[[Medline](#)]

BRASIL. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1980.

BRASIL/MS. **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL/MS PORTARIA MS/SNPES/DNSB/FSESP **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: 1988.

BRASIL/MS. Lei 8080 de 19/09/90 - Cria o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de set. 1990.

BRASIL PORTARIA MS Nº 198/23-12-91. Tabela de Procedimentos, Anexo 1 Grupo Atendimento Odontológico. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 de dezembro, 1991.

BRASIL Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal - Relatório final**. Brasília, 1993.

BRASIL. **Coleção das Leis de 1974: Lei Federal nº 6.050, de 24/05/1974**. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional; 1974. [Vol. III: p.107. Atos do Poder Legislativo. Leis de Abril a Junho].

BROTHWELL, D. J. & LIMEBACK, A., 1999. Fluorosis risk in grade 2 students resinding in a rural area with widely varying natural fluoride. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 26:130-136.

CANGUSSU, M.C.T. NARVAI, P.C. FERNANDEZ, R.C. DJEHIZIAN,V. A Fluorose Dentária no Brasil: Uma revisão crítica. **Caderno de Saúde Pública**, v18 n.1. Rio de Janeiro, jan/fev, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma repensando a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2), p. 219-230, 2000.

CAPRA, FRITFOF. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: CULTRIX,

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS / ABRASCO, 2001.

CORDON, J. A. **A inserção da odontologia no SUS: avanços e dificuldades**. 1998. Brasília. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

DEAN, H. T., ENVOVE E. Some epidemiological aspect of chronic dental fluorosis. **American Journal of Public Health** 1936; 26: 567-75.

DEAN, H. T. Endemic fluorosis and its relation to dental caries. **Public Health Rep** 1938; 53: 1443-52.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ENATESPO, 16º, 2000, Brasília, DF. **Anais eletrônicos...**Brasília: UnB, 2000. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.unb.br>. Acesso em: 13 dez. 2001.

EVANS, W. R.; STAMN, J. W. An epidemiological estimate of the critical period during which human maxillary central incisors are most susceptible to fluorosis. **Journal of Public Health Dental**. 49 (special Issue) : 259-71, 1989.

FEJERSKOV, O. **Fluorose Dentária - Um Manual para Profissionais da Saúde**. São Paulo: Editora Santos. 1994.

FERREIRA, M. A. F. Notas sobre a contribuição do cientista social ao campo da saúde. in CANESQUI, A.M. (Org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo Rio de Janeiro: HUCITEC-ABROSCO, 1995. p. 37-51.

FRAZÃO, P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In BOTAZZO, C., FREITAS, S. F. T. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. São Paulo-Bauru: UNESP-EDUSC, 1998. p. 159-174.

FUNDAÇÃO DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1998: acesso e utilização de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

JAPIASSU, H. **A crise da razão e do saber objetivo: as ondas do irracional**. São Paulo: Letras & Letras, 1996.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001.

MANDEL, I., 1992. Research in prevention of oral disease and conditions. **Journal of Public Health Dentistry**, 52:15-17.

MANFREDINI, M. A. Quando o teor de flúor se torna um malefício. **Rev. Ass. Paul. Cir. Dent.** v. 50, n. 1, p. 15, 1996.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo analisada do ponto de vista das necessidades de saúde**. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

MERHY, E.E. e Onocko, R. (orgs) **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. e Onocko, R. (orgs.). **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** Hucitec. São Paulo. 1997.

MERHY, E.E. e alls. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.). **Agir em Saúde Um desafio para o público.** Hucitec. São Paulo. 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M.C.S.. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1999.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

NARVAI, P. C. **Saúde Bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996. (Mimeo)

NARVAI, P. C., 2000. Cárie dental e flúor: Uma relação do séc. XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5:183-189.

NOBRE, M. Saúde bucal deve ser prioridade do governo federal. **Jornal do CROSP**, Conselho regional de odontologia de São Paulo, p.10, 12 fev. ano 22, nº95, 2001.

NOVAES, H.M.D. Tecnologia e saúde: A construção social da prática odontológica. In: BOTAZZO, C., FREITAS, S. F. T. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde Bucal.** São Paulo-Bauru: UNESP-EDUSC, 1998. p. 141-158.

NUNES, E. D. A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva o Papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo Rio de Janeiro: HUCITEC-ABROSCO, 1995. p. 95-113.

PAULÍNIA/SMS. **Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal** .  
Paulínia: Mimeo, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo:  
Editora Annablume, 1998.

RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**.  
Universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. Tese (Doutorado).  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Paulista. Araçatuba.

SÃO PAULO.Secretaria de Estado da Saúde. **Recomendações sobre o uso de produtos  
fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária**. São Paulo, SP,  
2000. 27p.Disponível em :www.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec,  
1993.

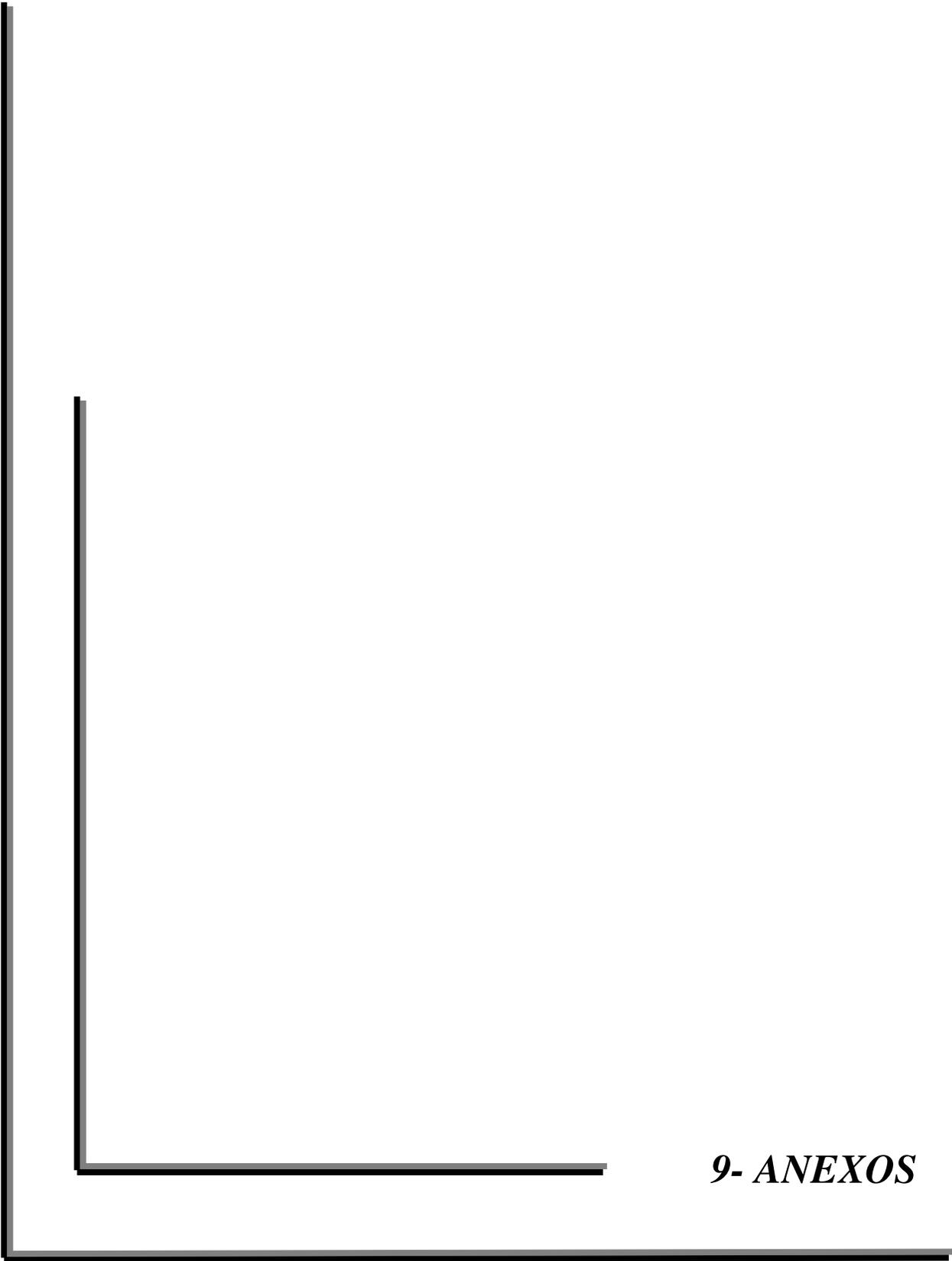
SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate da saúde coletiva**.  
São Paulo: Hucitec, 1998.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito**. Tese (doutorado) –  
Escola Nacional de Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

THYLSTRUP, A. FEJERSCOV, O. **Cariologia Clínica**. 2ª. Ed. São Paulo: Santos, 1995.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos Focais: Experiências  
precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim de la Oficina  
Panamericana* 120(6): 472-82, 1996.

ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: As mudanças estruturais do mercado  
de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. **Ação Coletiva**, vol.  
II(3), p. 11-24, Jul/set, 1999.



***9- ANEXOS***

Secretaria Municipal de Amparo  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Odontologia

PSF – Saúde Bucal / USF.....

No. Cadastro da Família.....Microárea.....

Endereço.....

Estamos convocando sua família para iniciar o tratamento odontológico nesta Unidade de Saúde. Este tratamento se dará em três etapas:

- TRIAGEM – Avaliação das necessidades de tratamento de cada pessoa da família.
- EDUCAÇÃO EM SAÚDE – Orientações sobre higiene oral, dieta, etc.
- TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.

Os dias de triagem serão...../...../.....às.....h,  
e...../...../.....às.....h.

Sua família deverá comparecer preferencialmente no dia.....  
Caso alguém não possa comparecer na data agendada poderá vir na outra citada acima.

O não comparecimento em nenhuma das datas será considerado como recusa ao tratamento.

Todas as famílias cadastradas na unidade terão acesso a este tratamento, por isso, pede-se para que não haja faltas pois o número de pessoas a serem tratadas é muito grande.

Na impossibilidade do não comparecimento à consulta, favor entrar em contato conosco pelo telefone.....para novo agendamento.

Duas faltas acarretará na perda da vaga.  
OBS : Todas as pessoas da família devem comparecer na data marcada, incluindo os bebês e as pessoas desdentadas (com ou sem dentadura)

Amparo,.....de.....de.....

.....  
assinatura



# PSF/ TRIAGEM PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

ACS	Família	IMA	Telefone	Obs: desdentado total : colocar traço ( não é avaliado para cárie)																																	
Endereço				Critérios de risco da Cárie: A - sem história atual ou presença B - Dentes restaurados sem doença C - cavidades crônicas, manchas brancas inativas, sem doença atual D - muita placa, mancha branca ativa E - Cavidade de cárie aguda F - Doer. abcessivo																																	
				Classificação Periodontal (registrar o valor seguinte) 0 - Periodonto Sadio 1 - Gingivite 2 - Presença de cálculo supra gengival 6 - com bolsa/sem mob/sem migração 8 - mobilidade/perda de função X - ausência de elementos no sextante B - Sequela de doença periodontal anterior Urg: - Urgência sim ou não																																	
				Classificação de Tecidos Moles 0 - Tecidos Sadios 1 - Alterações suspeitas 2 - Lesões de alto risco Necessidade de Prótese Indicar o número de Prótese, discriminando se é PT ou PPR																																	
				Totalização dos dados																																	
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">No de Cárie</td> <td style="width: 10%;">Perio dental</td> <td style="width: 10%;">Tec. Moles</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>6</td> <td>Prótese</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>8</td> <td>PT</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>X</td> <td>PPR</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>										No de Cárie	Perio dental	Tec. Moles	A	0	0	B	1	1	C	2	2	D	6	Prótese	E	8	PT	F	X	PPR	Total	B	
No de Cárie	Perio dental	Tec. Moles																																			
A	0	0																																			
B	1	1																																			
C	2	2																																			
D	6	Prótese																																			
E	8	PT																																			
F	X	PPR																																			
Total	B																																				

NOME	Escola que estuda	Escola individual para tratar	Escova individual	Água fluorizada	Ultimo tratament	Inicio do tratamento	Tec. Moles		Nec. Prótese	
							1	2	PT	PPR
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

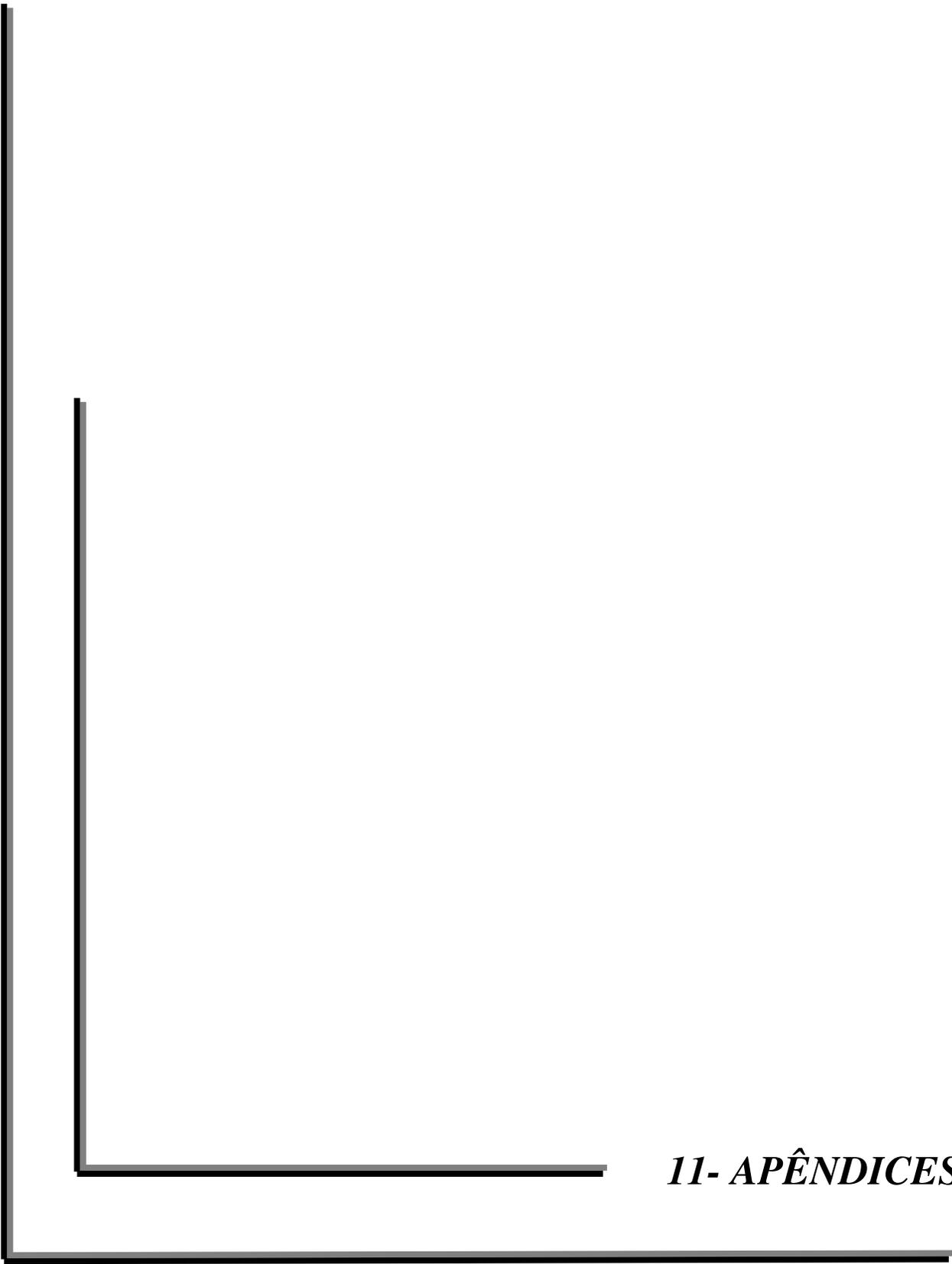
  

NOME	Escola que estuda	Escola individual para tratar	Escova individual	Água fluorizada	Ultimo tratament	Inicio do tratamento	Tec. Moles		Nec. Prótese	
							1	2	PT	PPR

SF	Data
Indicação Dentista:	
Auxiliar Consultório Dentário	





***11- APÊNDICES***

## **Roteiro de entrevista dirigido à Secretária de Saúde de Amparo**

(Entrevista semi-estruturada com indagações formuladas/abordadas de forma indireta)

### **Tópicos da entrevista:**

#### 1-Política de Saúde do Município.

Pode-se indagar sobre alguns aspectos da Política Municipal da atual administração, sobretudo sobre a relevância dada à SS.

Aspectos gerais da política de saúde

Missão institucional.

Diretrizes para Saúde Bucal. Existem? Como a S.B. está inserida no contexto da Saúde?

#### 2-Modelo de Gestão e Tecno-assistencial

Organograma; características; relevância da saúde bucal: Departamento( não há incompatibilidade como o modelo de atenção?)

Programas; processos de trabalho (tecnificado?) quais avanços; rede física

#### 3-Participação popular.

Conferências; conselho municipal/locais; cotidiano (sujeitos X sujeitados)

#### 4-Financiamento.

Participação das fontes financiadoras, municipal, est., federal; % do orçamento municipal; % do orçamento da saúde em saúde bucal.

### **Questões específicas:**

- Quais tecnologias em saúde (duas ou três) você apontaria como as mais importantes dentre as que estão disponíveis (não necessariamente em uso) para a atenção em saúde bucal em Amparo?

- Elas estão incorporadas na rotina dos serviços prestados? Se não, quais fatores principais que interferem na incorporação?
- Gostaria de dispor de equipamentos que não tem [quais, para que, porque] para o que se realiza ou para o que se pretendia realizar? São indispensáveis? Não tê-los implica em que?
- Conhece algum procedimento, técnica, tecnologia que não está usando.
- Existe carência [gostaria de dispor] de novos conhecimentos.
- As tecnologias usadas dão conta do acesso ao cuidado.
- Quanto a fluoretação das águas de abastecimento público, qual sua importância? (Qual seu papel nela? Qual papel dos CD's que estão na atenção individual?)
- Que papel (controle) a população exerce sobre a adição de flúor na água
- Como se avalia o acesso à ingestão de água?
- Qual a relação entre ingestão de água e produção de autonomia/auto-cuidado?
- Como você vê a utilização de critérios para classificação de risco às doenças bucais? São utilizados em Amparo? Há quanto tempo estes critérios são usados? Que atenção é dada a quem tem auto risco?
- Que tipo de preocupações os profissionais tem trazido até você? Quais suas reivindicações? (DEMANDAS DOS TRABALHADORES)

- Quais preocupações da Administração Municipal? (DEMANDAS DA ADMINISTRAÇÃO em relação à saúde bucal).
- Pautas de reunião. Quem faz as pautas?
- Tem havido especificamente pedidos de novos equipamentos ou instrumentos/materiais?
- Tem havido especificamente pedido de cursos? Que temas?

Tem havido demandas da população? São explícitas ou não?

Canais de participação tem sido satisfatórios.

---

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

## **Roteiro de entrevistas**

Dirigido para o Diretor do Dep. de Odontologia (II) de Amparo.

Quais as diretrizes da Secretaria para a Saúde Bucal?

Qual a missão do Setor?

Trabalham com metas?

- Quais tecnologias em saúde (duas ou três) você apontaria como as mais importantes dentre as que estão disponíveis (não necessariamente em uso) para a atenção em saúde bucal em Amparo?
- Elas estão incorporadas na rotina dos serviços prestados? Se não, quais fatores principais que interferem na incorporação?
- Quais tecnologias mais usadas na atenção coletiva.
- Quais tecnologias mais usadas na atenção individual.
- Gostaria de dispor de equipamentos que não tem [quais, para que, por que] para o que se realiza ou para o que se pretendia realizar? São indispensáveis? Não tê-los implica em que?
- Conhece algum procedimento, técnica, tecnologia que não está usando.
- Existe carência [gostaria de dispor] de novos conhecimentos.
- As tecnologias usadas dão conta do acesso ao cuidado.
- Quanto a fluoretação das águas de abastecimento público, qual sua importância?
- Qual seu papel nela?

- Qual papel dos CD's que estão na atenção individual?
- Que papel (controle) a população exerce sobre a adição de flúor na água
- Como se avalia o acesso à ingestão de água?
- Qual a relação entre ingestão de água e produção de autonomia/auto-cuidado?
- Quanto aos PC's, qual sua importância?
- Quais fatores de risco conhecidos por você?
- São utilizados em Amparo?
- Há quanto tempo estes critérios são usados?
- Que atenção é dada a quem tem auto risco?
- Que tipo de preocupações os profissionais tem trazido até você? Quais suas reivindicações? DEMANDAS DOS TRABALHADORES
- Quais preocupações da Secretaria? DEMANDAS DA ADMINISTRAÇÃO.
- Pautas de reunião. Quem faz as pautas?
- Tem havido especificamente pedidos de novos equipamentos ou instrumentos/materiais?
- Tem havido especificamente pedido de cursos? Que temas?

## GRUPO FOCAL – Tema: Tecnologias de Saúde Bucal Coletiva

Descrição das atividades dos grupos focais de CD's do Serviço Público de Amparo:

**Objetivo:** Coleta de dados qualitativos para trabalho de pesquisa cujo objetivo é avaliar se tecnologias de impacto coletivo são utilizadas com o referencial crítico transformador da saúde bucal coletiva.

Propõe-se a formação de dois grupos de 13 profissionais ou 4 grupos de 6, para inclusão de todos os 26 CD's do Departamento de Odontologia.

Os grupos serão divididos em dois tipos diferentes: prof. que atuam no PSF e Prof. que não atuam.

As atividades de cada grupo durarão em torno de 3 horas, preferencialmente em sessão única.

Tem como tema específico para discussão as tecnologias de fluoretação das águas de abastecimento público e a classificação de risco a cárie para atenção individual e coletiva.

Pretende-se que um roteiro de indagações sirva de referência ao moderador para orientar/focar as discussões. Importante observar que não serão formuladas questões diretas ao grupo e mesmo a espontaneidade com que as indagações forem abordadas será tomada como significativa. Espera-se que o roteiro de perguntas ajude a revelar o que os cd's sabem, o que fazem e como manifestam sua crítica.

Terá como moderador o próprio pesquisador: Alexandre Brandt

Como observador: Patricia Carla Guidotti

## Operacionalização:

### 1- Apresentação:

O pesquisador fará sua apresentação e o grupo se apresenta informando além do nome o tempo que trabalha em Amparo. Tempo aprox. 10 min.

### 2- Aquecimento:

Dinâmica onde os participantes, em roda, ao som de uma música, fazem passar de mão em mão um embrulho (com vários embrulhos sucessivos) que contém uma surpresa. Ao cessar do som o participante que estiver com o embrulho deve abri-lo ou dar a alguém, que será obrigado a aceitá-lo. Ao final todos comentam a atividade. Tempo aprox. 20 min.

### 3- "Amarração do aquecimento"

Tecer comentários sobre as opiniões dos participantes em relação à dinâmica, ressaltando as inúmeras possibilidades de comportamento frente à situação: surpresa, ansiedade, aparência. Aproveitar para esclarecer sobre a atividade do grupo focal.

### 4- Início da discussão temática:

#### Tarefa 1: INDIVIDUALMENTE

SUPONDO QUE AS TECNOLOGIAS SEJAM FERRAMENTAS DE SEU TRABALHO, MONTE TRÊS CAIXAS DE FERRAMENTAS (LISTANDO), UMA CONTENDO AS QUE VOCÊ CONSIDERA AS NOVAS ( ATUAIS) TECNOLOGIAS, UMA COM AS ANTIGAS TECNOLOGIAS E OUTRA COM AS TECNOLOGIAS DO FUTURO . USAR FOLHAS SEPARADAS.

#### Tarefa 2: INDIVIDUALMENTE ou EM DOIS GRUPOS

REFLITA E SELECIONE UM PROBLEMA IMPORTANTE A SER ENFRENTADO EM SEU TRABALHO ( PODE SER UM CASO VIVENCIADO POR VOCÊ, QUE QUEIRA DESCUTIR) ESCREVER PINTAR DESENHAR REPRESENTAR. DAR UM TÍTULO.

#### Tarefa 3: Apresentação do caso problema ao grupo.

Tarefa 4 : Escolha do caso problema.

NESTE MOMENTO O MEDIADOR DEVE CONSIDERAR SE É NECESSÁRIO A APRESENTAÇÃO DE UM CASO PARA ANÁLISE E DISCUSSÃO QUE NÃO O ESCOLHIDO PELO GRUPO. PODENDO-SE APRESENTA-LO DE IMEDIATO PARA DISCUSSÃO SIMULTANEA OU APÓS ESGOTADAS POSSIBILIDADES DE ANÁLISE DO CASO DO GRUPO.

Tarefa 5: Em grupo

OBS.: Para esta tarefa o grupo deve organizar as caixas de ferramentas do grupo a partir das caixas individuais.

USANDO AS CAIXAS DE FERRAMENTAS DO GRUPO PROPONHA UMA INTERVENÇÃO SOBRE O CASO APRESENTADO.

ESTA ETAPA É DIRECIONADA PELOS ROTEIROS DE INDAGAÇÕES.

MUITO IMPORTANTE FOCAR DISCUSSÃO NAS TECNOLOGIAS DE INTERESSE, USANDO ESTIMULOS INDIRETOS E POR FIM, SE NECESSÁRIO, DISPONIBILIZANDO UMA NOVA CAIXA DE FERRAMENTAS AO GRUPO.

**5- Fechamento/Agradecimento.**

## Um caso para análise e discussão

Uma criança de 8 anos chega a recepção da Unidade de Saúde da Família próxima à sua casa e vai logo à recepção, cena familiar pois não é a primeira vez esta semana.

Chega e pergunta a senhora que está a sua frente:

- Quando mesmo a senhora falou para eu voltar?

- Daqui a seis meses menina, por quê? Sua mãe está querendo saber agora é?

- Não! É que meu dente tá doendo...

- Humm! Sei! Espera que eu vou ver o que o doutor pode fazer.

A senhora vira e sai em busca do dentista. Ao encontrá-lo vai logo se justificando

- Olha dr. voltou aquela menina que o sr. comentou ter a boca num estado deplorável.

- Qual?

- Aquela com os dentes branco e preto; como é mesmo o nome daquela doença que deixa o dente branco? Fluorite?

- Não! Fluorose.

- O dente preto é da cárie não é doutor?

- Mais ou menos... Agora lembrei. Mas ela não está agendada mesmo hoje?

- Estava, mas como ela faltou nas duas últimas consultas, eu dei abandono de tratamento, e aí desmarquei as consultas dela.

## ROTEIRO:

- 1- Flúor na água de abastecimento:
  - a- Qual: Tipo de composto Sobre a adição do componente na água? formas de adição?;
  - b- Há controle sobre o teor de flúor na água de abastecimento público? Qual é? Quem controla?;
  - c- Qual a importância da fluoretação? Resultados.
  - d- Qual o seu papel nesta ação?
  - e- Quanto à disponibilidade, a água consumida para ingestão é de abastecimento ou de fontes alternativas? É percebida a diferença entre ingestão e consumo de água?
  - f- Como o cd atua sobre a ingestão de água? Água mineral ou de abastecimento? Qual a recomendação?
  - g- Como a abordagem sobre a ingestão de água pode ser relacionada à produção de autonomia/autocuidado.
  - h- Como pode ser abordada em função de diferentes graus de autocuidado?
  - i- Que papel (controle) a população exerce sobre a adição de flúor na água?

## 2- Risco de Cárie dental:

- a- Como é caracterizado o procedimento coletivo;
- b- Como é em Amparo;
- c- Quais os fatores de risco a cárie conhecidos?
- d- Quais os fatores sócio-culturais que estão relacionados ao risco de cárie?
- e- É possível trabalhar com eles na atenção?
- f- Em Amparo a classificação de risco inclui aspectos sociais ou não?
- g- Os conhecimentos disponíveis limitam a atuação dos profissionais nos casos de risco? Existem limites? Quais?
- h- Qual atenção é dada aos "alto risco a cárie"?