

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

**Inovação na Clínica Odontológica para o SUS**

**Victor Alexandre Raimundo da Silva**



**Universidade Federal de Santa Catarina**

**Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Victor Alexandre Raimundo da Silva

**INOVAÇÃO NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARA O SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Douglas F. Kovalesski

Florianópolis  
2018

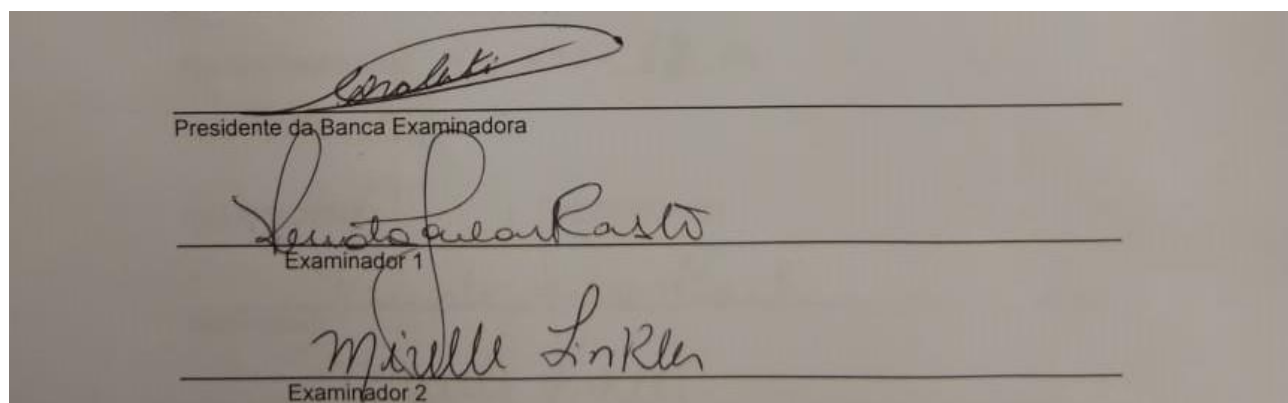
Victor Alexandre Raimundo da Silva

### **Inovação na Clínica Odontológica para o SUS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 01 de Outubro de 2018.

#### **Banca Examinadora:**



*Dedico este trabalho à minha mãe que não mediu esforços para que eu pudesse me graduar e ao meu pai que, certamente, está me protegendo lá do céu.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar força para superar os mais complicados momentos da minha vida. Por me prover serenidade para aceitar as coisas que não posso alterar. Coragem para alterar as que posso. E Sabedoria para distinguir entre elas.

À Universidade Federal de Santa Catarina que se tornou minha segunda casa, tanto por passar tanto tempo dentro de seus muros, quanto pelo acolhimento imediato, com todos seus aprendizados, variedades, culturas e tradições.

Agradeço imensamente à minha mãe: Naidi Nagila do Nascimento da Silva. Uma mulher de fibra, batalhadora e resiliente. Que mesmo com a morte de seu cônjuge no ano do meu ingresso na UFSC, em nenhum momento me desencorajou a prosseguir meu caminho em Florianópolis. Conseguiu se reerguer após isso e, sem dúvidas, irá realizar muitos sonhos em vida. Você é minha razão de viver, mãe. Eu te amo, demais.

Ao meu pai: Alexandre José Raimundo da Silva. Que permanece em minha lembrança e coração, dia após dia. Agradeço por todo ensinamento, puxão de orelha, disciplina que buscou me transmitir. Tenho muitas saudades de você, meu velho. Um dia a gente ainda vai se encontrar.

À minha vó: Valcir Pinto do Nascimento. Sem dúvidas, uma das pessoas pelas quais eu tenho mais amor nessa vida. O dia que alguém fizer um feijão melhor que o da senhora, pode ter certeza que copiou a sua receita. O seu neto vai virar dentista.

À toda minha família, tios por parte de pai e mãe. Sei que não fui a pessoa mais presente, até pelo fato de morar e estudar em outra cidade, porém saibam que vocês importam muito pra mim e tenho muito carinho por vocês. Meu sincero agradecimento à cada um.

Ao Orientador do trabalho: Douglas F. Kovaleski. Que me proporcionou conhecer esse conteúdo da Saúde Coletiva, repleto de novas formas visão e pensamento. Capazes sim, de alterar a forma de como se fazer Odontologia. De modo mais humano, igualitário e acessível à população.

Agradeço a minha dupla de faculdade e amigo, Matheus Pompeo. Por toda parceria e irmandade. Pela reunião de estudos para provas. Pelas cervejas que tomamos em parceria com outros amigos e, por que não, por cada churrasco (aprendi que fraldinha é uma carne de primeira na mão de um bom churrasqueiro) feito com muito

capricho e dedicação. Agradeço aos tios Zoleima e Benhur, pelo acolhimento e simpatia em inúmeras ocasiões. Esse rapaz não é um santo mas, com certeza, podem ter orgulho do caráter do homem que criaram, parabéns.

Fabio Luiz Domingos, esse cara é o cara! Você é uma pessoa extremamente importante pra mim. Um verdadeiro líder. Um ser iluminado, muito engraçado e talentoso em quase tudo que faz. Tenho certeza de que vai trilhar um caminho de muitas conquistas porque você é merecedor. Tenho muito orgulho de ser teu amigo e muita sorte de ter te conhecido. Obrigado, bicho!

João Victor da Silva Bett, muito obrigado pela amizade desde o início da faculdade. Você foi muito importante para meu crescimento pessoal e humano. Agradeço imensamente a você e ao PH, pelos momentos de companhia e alegria juntos. Tamo junto!

Agradeço também aos outros bons amigos que fiz durante a faculdade e que são inúmeros! Maksoel, Ihan, Júlia Olbertz, André Poletto, Ângelo, Bruno, Leonardo...

Por fim, agradeço imensamente à minha turma, 2014.1. Sem dúvidas, uma turma diferenciada. Repleta das mais diversas personalidades porém sem deixar o lado parceiro de lado. Aqui, vejo colegas de coração imenso e de muita solidariedade. Com certeza, tornaram os dias muito mais leves e a convivência muito mais fácil. Obrigado a cada um de vocês.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se  
pode pensar diferentemente do que se pensa,  
e perceber diferentemente do que se vê,  
é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

(Michael Foucault)

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho é composto de: introdução, com abordagem histórica da Odontologia, permite recapitular suas fases e assim, estipular uma previsão de como se desenvolverá a partir dos anos, incluindo conceitos e abordagens teórico-práticas do corpo do trabalho.

Em seguida o trabalho faz uma breve apresentação teórica do tema com o intuito de auxiliar na árdua tarefa de propor uma nova possibilidade de atuação na clínica odontológica.



## RESUMO

**Objetivo.** Reconsiderar as práticas da clínica odontológica no Sistema Único de Saúde, tomando como base anamnese criteriosa (fluxo de conversas sobre a vida), reconhecendo os determinantes para a condição bucal dos pacientes. Tornando possível uma clínica ampliada de saúde bucal na Atenção Primária, na perspectiva sociopolítica do SUS. O presente estudo, busca contribuir, por meio dos dados coletados, melhores intervenções clínicas em saúde pública, formar pensamento crítico e consciência com relação à necessidade de prestar serviços odontológicos de maior qualidade e integralidade à população. **Métodos.** O trabalho será realizado a partir de revisão de literatura. Os artigos foram buscados nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. **Resultados.** Por conceito, a Bucalidade é a capacidade da boca ser boca. Isto é, realizar a mastigação, ter capacidade erótica e influência sobre a linguagem. Sabendo que estas funções tem influência direta sobre aspectos sociais, biológicos e sobre a psique humana. São colocados à vista neste trabalho, estratégias de atendimento e comunicação que possibilitam maior interação profissional-paciente, sobretudo no momento anamnético. Com isso, se desconstrói o conceito de que seria um dom, a escuta e o diálogo de um profissional. O estudo revela também que a SBC não se trata de uma ciência dogmática do como fazer Odontologia social, mas sim de uma ferramenta para discutir e produzir ideias a respeito. **Considerações finais.** Os questionamentos levantados neste trabalho, refletem a possibilidade de uma prática odontológica motivada pela solução dos problemas bucais da população, prescindindo os aspectos sociais e psicológicos dos indivíduos. Necessitando de abordagens diferentes para pessoas diferentes, otimizando os serviços e reduzindo erros de operação. Todavia, se faz necessário a consolidação desses conceitos teóricos apresentados na vivência do SUS, a fim de provar sua eficácia e evidente capacidade de produzir desenvolvimento sociopolítico nas comunidades.

**Palavras-chaves: Bucalidade. Saúde Coletiva. Saúde Bucal Coletiva. Saúde Bucal.**

## ABSTRACT

**Purpose.** To reconsider the practices of the dental clinic in the Unified Health System, based on anamnesis criteria (flow of conversations about life), recognizing the determinants for the patients' oral condition. Making possible an expanded oral health clinic in Primary Care, from the sociopolitical perspective of SUS. The present study aims to contribute, through the collected data, to better clinical interventions in public health, to form critical thinking and awareness regarding the need to provide dental services of higher quality and integrality to the population. **Methods.** The present project will be carried out from a literature review. Articles were searched in the Scielo and Google Scholar databases. **Results.** By concept, Bucality is the ability of the mouth to be mouth. That is, to realize the manducation, to have erotic capacity and influence on the language. Knowing that these functions have direct influence on social, biological and human psyche aspects. In this work, attention and communication strategies are presented that allow greater professional-patient interaction, especially in the anamnestic moment. With this, the concept of what would be a gift, listening and dialogue of a professional is deconstructed. The study also reveals that Collective Oral Health is not a dogmatic science of how to do social dentistry, but rather a tool to discuss and produce ideas about it. **Final considerations.** The questions raised in this study reflect the possibility of a dental practice motivated by the solution of oral problems of the population, regardless of the social and psychological aspects of the individuals. Needing different approaches for different people, optimizing services and reducing operational errors. However, it is necessary to consolidate these theoretical concepts presented in the experience of the SUS, in order to prove its effectiveness and possible capacity for socio-political development in the communities.

**Keywords:** Bucality. Collective Health. Collective Oral Health. Oral Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**SBC – Saúde Bucal Coletiva**

**SC – Saúde coletiva**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Odontologia, ao longo de sua história, passou por várias alterações, e é estudada a partir de modelos hegemônicos que caracterizam a sua prática em cada período histórico. Entre 1952 e 1992 surgem a Odontologia Sanitária, Odontologia Social e Preventiva, Odontologia Simplificada e Integral, e mais recentemente, constitui-se o campo denominado Saúde Bucal Coletiva (SBC) (NARVAI, 2006).

A relação do cuidado do ser humano com os dentes é antiga. Estima-se que há mais de 130 mil anos, o homem de neandertal já usava de instrumentos odontológicos primitivos. Mas só em sociedades do período paleolítico, com o advento da agricultura, houve um aumento na ingestão de açúcares, o que trouxe a incidência da doença cárie, fundamental para o surgimento da Odontologia e com ela o desenvolvimento de práticas extrativas, curativas e preventivas (LUIZ VICENTE, 2007).

No Brasil, o termo “Dentista” aparece em documentos pela primeira vez, somente no Século XIX (PADILHA, 1993). Contudo, já havia a prática odontológica nas terras canarinhas muito antes disso. Escrituras mostram que no ano de 1631, o Governo Português havia adotado para suas colônias, uma espécie de sistema no qual se havia um “Cirurgião-Mor” que deveria possuir uma formação europeia e, por nomeação do Imperador, era responsável pelo exercício da medicina na colônia designada. Este, deveria habilitar barbeiros os quais, além de realizar cortes de cabelo e barba, estariam aptos a realizar sangrias e exodontias (GUIMARÃES, 1961).

A profissão “Dentista” foi regulamentada e institucionalizada somente em 1856 que, por decreto, requisitava um exame de admissão para a prática odontológica (PEREIRA, 1968). Contudo, o licenciamento era uma realidade muito restrita em decorrência das dificuldades da época (onerosidade e burocracia). Sendo assim, a relação de aprendizado entre mestre e aprendiz era a mais comum até a formulação da primeira Escola de Odontologia no Brasil no final do século XIX (FREITAS, 1995).

No ano de 1932, após a formulação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, foi instituída a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário com o intuito de realizar atendimento em escolares da rede pública estadual. Em 1947, foi o ano em que se instituiu a necessidade de que os centros de saúde contassem com um "Serviço de Higiene Buco-Dentária". A partir daí, vários

rearranjos institucionais marcaram a organização da Odontologia pública, tanto em São Paulo como em outros estados da Nação (NARVAI, 2006).

Ainda que estes profissionais buscassem realizar ações educativas, sua atividade clínica reproduzia, substancialmente, o que faziam os cirurgiões-dentistas nos consultórios privados. O modo de operar era individual e não se pretendia realizar um diagnóstico epidemiológico da população (NARVAI, 2006).

O SESP - Serviço Especial de Saúde Pública, em 1952, introduziu os primeiros programas de Odontologia Sanitária, em MG no início. Posteriormente, vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil também tiveram interferência da Odontologia Sanitária em seus territórios. O foco desses programas era a população escolar, considerada mais vulnerável epidemiologicamente e, conseqüentemente, mais sensível às ações em saúde pública. Com isso, técnicas e métodos de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do arsenal de conhecimento de incontáveis profissionais Cirurgiões-Dentistas em várias partes do País. Entretanto, por reproduzir acriticamente e fora de contexto, tanto gerencial quanto de recursos financeiros, a Odontologia Sanitária tentou romper com a Odontologia de Mercado e não obteve êxito (NARVAI, 2006).

Ao passo que em 1959, com o intuito de avaliar a qualidade de ensino das Faculdades de Odontologia no Brasil, a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) realizou uma pesquisa e chegou a um resultado alarmante. Apenas oito de trinta e três cursos haviam biblioteca. Poucas faculdades tinham as disciplinas essenciais de higiene e Odontologia Legal (apenas 34,89%). Seja por falta de local para o estudo ou pela falta de material próprios, ou até mesmo por falta de professores capacitados. Por conseguinte, este levantamento apontou para uma defasagem no ensino da Odontologia. Além de demonstrar uma extrema necessidade de mudança de concepção de como ensinar a prática odontológica para equiparar/superar a qualidade técnico-científica de outras nações (NARVAI, 2006).

Com o passar dos anos, novos produtos odontológicos foram expostos ao mercado e com isso, um avanço na qualidade das medidas curativas. Além disso, o empirismo, que era a forma como a odontologia caminhava por séculos passou a ser regida pela ciência com bases biológicas mais claras. Abrindo espaço para a Odontologia de Mercado acarretando em evolução de técnicas e práticas tais como nós as temos hoje (BRUNETTI, 2011).

Os pilares da Odontologia de Mercado são os conceitos biológicos e individuais sobre os quais estão sustentados seu fazer clínico e sua organicidade ao modo de produção como capital, tendo como cuidados e tratamentos em saúde bucal, sua mercadoria, moeda de troca. Até o presente século, a grande totalidade dos serviços públicos odontológicos no Brasil reproduz, acriticamente e de maneira tecnicista, os elementos essenciais do modelo de prática odontológica do setor privado (NARVAI, 2006).

A Odontologia Social e Preventiva teve seu apogeu, contraditoriamente, entre 1968 e 1978, isto é, durante a Ditadura Militar. Incluindo as ideologias teóricas da Odontologia Sanitária a este contexto de autoritarismo, que veio a entrar em declínio nos anos 80. Esse período foi de uma extrema contribuição, tanto para o aprimoramento de serviços quanto à eminente formação de recursos humanos (NARVAI, 2006).

Com a conscientização e avanço científico, passou-se a realçar a importância da higiene, cuidado bucal e de estruturas anexas. Com isso, medidas preventivas tais como: a educação em saúde bucal para escolares, controle de placa e a importância da fluoretação das águas. Vistas como viáveis, tanto do ponto de vista econômico como social, isto é, é capaz de evitar que a doença/problema se instale, promove tanto saúde bucal para a população quanto uma economia para o Estado, que ainda hoje vê um SUS saturado de pacientes necessitados de medidas curativas, portanto de elevados custos, e que poderiam ser evitadas. As chamadas medidas de prevenção são concebidas em estratégias como: revelação de placa, escovação supervisionada, ensino do uso do fio dental, relatório alimentar da dieta (ADRIANA, 2003).

Entrou em questionamento o paradigma flexneriano (fragmentação do conhecimento) de ensino em medicina/odontologia por volta da década de 70 no mundo todo. Este que foi caracterizado, por alguns pensadores, como: ineficiente, com dificuldades para acesso e causadores de iatrogenicidade (MENDES, 1986). A Odontologia Simplificada e Integral foi uma alternativa delineada para suplantiar os vieses de seu modelo antecessor. Em seus princípios, constava: prática profissional padronizada, com passos reduzidos, simplificando a Odontologia e a tornando mais viável (especialmente do ponto de vista de recursos humanos e de equipamentos). Possibilitando programas para o aumento do acesso à Odontologia. Buscava-se uma maior produtividade de atos curativos, em menor tempo e a menores custos

financeiros. Infelizmente, concluiu-se que se tratava de uma política social discriminatória. Uma vez que tornava o serviço tão simplificado a ponto de serem tidos como “de segunda categoria”, dedicados a cidadãos que não podem ter acesso à “Odontologia” propriamente dita. Logo, não coerente com a doutrina e os princípios da Reforma Sanitária.

A SBC tem o intuito de alterar a forma de “tecnicismo” e de “biologicismo” presentes nas formulações específicas da área de Odontologia Social e Preventiva. Para tal, se faz necessária a reformulação teórica de modo orgânico e articulado à filosofia e a ação da Saúde Coletiva (SC), realçando o comprometimento desta com a história e com a qualidade de vida da sociedade, além de defender a cidadania, tanto da ação prejudicial do capital quanto da ação autocrítica do Estado (FRAZÃO, 1999).

A necessidade de formar conhecimento sobre este assunto, surgiu do pressuposto que o modelo de atenção vigente reproduz acriticamente os parâmetros da Odontologia de consultório privado, o que coloca a Odontologia como um todo em certo isolamento com relação ao conjunto das práticas de saúde no setor público. Com relação às políticas de saúde do Brasil, temos observado certo esforço para a criação de modelos de prática em saúde que correspondam aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar dos esforços, o que se percebe é um processo de trabalho fragmentado, que advém de como se é formado os estudantes atualmente (LUIZ VICENTE, 2007).

As Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal apontam para a necessidade de inovar na produção do cuidado em saúde bucal, quando enfatiza a “reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção”, e depois sugere a “ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário aperfeiçoados, de modo a buscar a integralidade da atenção” (BOTAZZO, 2000).

Com a vivência na vida clínica, são esperados: fazer o acolhimento mais adequado possível, substanciar um diagnóstico preciso e atuar na evolução do sofrimento do outro de modo que se estabeleça uma melhora significável (busca da homeostasia) do quadro clínico atual do paciente. Isto é: atuar com amor, produzindo vínculo. O vínculo é resultado do diálogo, da presunção de que há a formação de responsabilidades a serem cumpridas, tanto do profissional dentista quanto do



paciente para a resolução de suas queixas e/ou necessidades humanas. “Precisamos enxergar nosso paciente como um ser humano integral, com história prévia, emoções particulares e, principalmente, com desejos e necessidades únicas” (ACCORSI, 2014).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Apresentar novas perspectivas para o cuidado em saúde bucal na atenção Primária, aprimorando condutas e possibilitando intervenções individuais e coletivas de maior impacto.

### **2.2 Objetivos Específicos**

2.2.1 Analisar o modelo de atenção em saúde bucal no SUS, tendo como referência as Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal.

2.2.2 Conhecer perspectivas mais atuais para o cuidado em saúde bucal na Atenção Primária, construindo novas possibilidades de intervenções individuais e coletivas.

2.2.3 Compreender o espaço da clínica como local de eterno aprendizado e privilegiado de observações.

2.2.5 Averiguar os modos como socialmente é construída a demanda por serviços de saúde bucal ou as necessidades em saúde bucal na ótica do sujeito-paciente, levando em consideração as características do território, presença de redes sociais e a estruturação dos serviços.

### **3 MÉTODO**

Esse trabalho foi realizado por meio de uma revisão integrativa de literatura sobre Bucalidade, a partir da busca da palavra "bucalidade" nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo, sendo complementada por livros que versam sobre o tema. O critério de seleção dos conteúdos tem haver com o conceito de Bucalidade. Conteúdo teórico-prático desenvolvido pelo Dr. Prof. Carlos Botazzo.

## 4 RESULTADOS

Um dos grandes limitantes da clínica odontológica, no exercício da sua prática cotidiana, é decorrente do fato de ela não levar em consideração três fenômenos populacionais conhecidos, quais sejam as transições epidemiológica, demográfica e nutricional (ZILBOVICIUS et al., 2011). Além disso, a reprodução acrítica do modelo privado de prática odontológica no setor público é outra questão que deve ser analisada pormenorizadamente (BOTAZZO, 1994). Mesmo com os esforços recentes, e ainda que se observe expressivo aumento na cobertura em todo o Brasil, ainda constata-se importantes restrições ao acesso, e problemas históricos relacionados ao processo de trabalho ainda persistem, conforme segue:

- Complexidade para desenvolver um modelo de atenção em saúde bucal que não foque nos grupos populacionais tradicionalmente priorizados como pré-escolares, escolares e bebês.
- Dificuldade para possibilitar práticas de planejamento, caracterizado por ineficiência da capacidade das equipes de saúde bucal do governo (Soares e Paim, 2011), que não englobam a análise da situação de saúde (inquéritos epidemiológicos), pouca prática programática e por consequência, avaliações assistemáticas ou inexistentes; (Chaves e Vieira-da-Silva, 2007; Nascimento, Moysés et al., 2009).
- Apesar do aumento da oferta de assistência odontológica, não houve aumento de sua utilização, enunciando barreiras de acesso que podem estar no modo como se organiza a prática clínica (possível ênfase equivocada ao tratamento completado e a não substituição de faltosos por outros pacientes mais comprometidos); (Cunha, Marques et al., 2011).
- Falta de ações intersetoriais, que não se trata da SBC. Mas sim de um desafio a ser superado pelo sistema de saúde brasileiro (Moretti, Teixeira et al., 2010).

Com vistas a abordar, ou quiçá, superar algumas das limitações supracitadas, recorro ao conceito de bucalidade, que parece possibilitar uma radical inovação. A bucalidade considera em seu conjunto que, os trabalhos bucais podem ser distribuídos em três vertentes: manducação, erótica e linguagem. Poder realizar integralmente essas três funções ou trabalhos, isto é, ter capacidade para ser boca é, a um só tempo, realização biológica, social e psíquica. Esta é uma boa definição de Bucalidade (BOTAZZO, 2000; 2006; 2007; 2008a; 2008b).

Quando tratamos de manducação, estamos nos referindo a apreender, mastigar, triturar, insalivar e realizar a deglutição. Quanto a essa função, são inúmeras as estruturas relacionadas. Dentes, mucosa jugal, mucosa labial, língua, glândulas salivares maiores, glândulas salivares menores, músculos bucais, entre outros. Todos estes trabalham (ou deveriam trabalhar) em harmonia, sinergia. Iniciando o processo de digestão (como o do amido) e formando o chamado bolo alimentar junto à saliva. Este, sendo devidamente formado (por vezes, nem tanto), tendo sua capacidade de transpassar o istmo das fauces, é deglutido (CALASSO, 1990).

Todavia, nem todo ato de se alimentar pode ser denominado manducação, propriamente dita, uma vez que o ato de manducar é tido como “dar ao dente, mastigar”. Logo, necessariamente, deve haver a presença dentária. Com isso, podemos pensar na nutrição de um bebê que tem sua alimentação exclusiva recomendada na amamentação por seis meses. Neste caso, a sucção e a ingesta de alimentos na forma líquida ou pastosa não implica em manducação (BOTAZZO, 2006).

Quanto à função erótica, não há como negar a importância da estrutura bucal. Historicamente, tanto em civilizações antigas quanto as contemporâneas, a boca exibe papel fundamental não somente como realização dos prazeres sexuais, mas sim de, relações afetivas (palavras de afeto, afeição, benquerença), emocional (sorrisos, expressões) e amorosa. Entre os mamíferos, o contato boca-boca é amplamente observado nas mais diferentes espécies ao longo de toda vida deles. De modo que, no contato físico, há diversas manifestações e relações, seja de poder, dependência ou de afeição. Além disso, uma das primeiras relações de contato de um filhote com sua progenitora é a de boca-seio, o chamado seio materno (MORIN, 1999).

Por fim, a linguagem, é realizada por meio da junção e uso conjunto de diferentes estruturas anexas da cavidade bucal. É no sistema estomatognático que se dá a modulação dos sons que são produzidos nas cordas vocais – tecido musculoso - presentes no interior laringe. Com a presença de dentes, é possível caracterizar fonemas, formas vocálicas e consonantais. Os idiomas, dialetos e sotaques são diversos – estima-se que haja mais de seis mil e quinhentos idiomas - porém, as vísceras são as mesmas (ou pelo menos, muito similares). Estruturas que, parecem animais, anatômicas, mas que são capazes de gerar significação, produzir conhecimento, gerar conexões entre seres. A Área de Broca, situada no lobo frontal do cérebro até os núcleos de significação occipitais, tem como função atuar como centro do discurso. O cérebro é atravessado pelo ser e devir, tornando audível e compreensível na comunicação da boca humana (BOTAZZO, 2000).

“A queixa ou o motivo da procura da ajuda do especialista se desdobra no momento anamnético, pois – e isto precisa ser outra vez lembrado – é na anamnese que se constitui o caso clínico, é na anamnese que aparece o doente com sua doença” (BOTAZZO & BARROS, 2006).

Algumas das técnicas em Bucalidade propostas são:

- 1) **anamnese coletiva**, com fala liberada por parte dos pacientes como uma forma de construir relação de empatia entre os sujeitos;
- 2) a **consulta de saúde bucal**, como primeiro contato individual com o paciente, realizado com o propósito de constituir o caso clínico, sem uso do odontograma propositadamente, sem uso de jaleco branco e em sala de consulta comum - com mesa, cadeira, maca e lavatório – isto é, fora da cadeira odontológica, o que permite uma melhor troca de ideias e menor ansiedade no paciente em relação ao atendimento;
- 3) o **matriciamento e interconsulta**, estabelecendo as questões de referência e contrarreferência com outras equipes, elementos fundamentais para estruturar e corroborar para a eficiência e a maior resolução de casos da rede de atenção em saúde bucal;

4) **na integralidade do cuidado**, situando à clínica de saúde bucal a dimensão do cuidado da pessoa humana, promovendo estratégias para acolhimento do paciente com seu **caso clínico** e formação de vínculo da equipe com o usuário.

Essas são as tecnologias de cuidado em saúde bucal apresentadas de forma a contribuir com um novo significado da clínica odontológica, que tem que se ampliar.

Quanto a uma boa anamnese, são imprescindíveis o acompanhamento destes cinco passos:

- Realizar o acolhimento do usuário e de sua queixa.
- Construção da história da doença/queixa atual.
- Questionamento sobre a história clínica pregressa (LHC).
- Devido interrogatório sobre os diferentes aparelhos do organismo.
- Fazer perguntas sobre a história alimentar, relação familiar, social e econômica.

Sobre a comunicação em meio a consulta, a anamnese e formação do vínculo, além das individualidades de cada um dos profissionais atuantes, são influências:

- Condições de trabalho oferecidas.
- Disposição de equipamentos.
- Infraestrutura da UBS.
- Organização do trabalho em saúde bucal.

Sobretudo, se faz necessário também desmistificação da crença de que a escuta e diálogo são dons. A capacidade de formar um diálogo é imprescindível ao processo do cuidado. São essenciais, disposição (e técnica adequada) para a escuta e aceitação/inclusão do outro e de seus conhecimentos. Isto é, há posturas e técnicas de comunicação que profissional deve se atentar e que viabilizam a conversa entre o profissional e usuário. Dentre as posturas profissionais, existe a consideração positiva de modo incondicional (aceitação do outro), o reconhecimento do usuário como um sujeito portador de deveres e direitos, além da empatia, propriamente dita (BOTAZZO, 2015).

Tecnologias leves como as habilidades de comunicação e raciocínio clínico na consulta têm por objetivo: fazer o acolhimento do usuário, intervindo positivamente no desenvolvimento de seu sofrimento, procurando reestabelecer a homeostasia corporal, além de propiciar vínculo entre o usuário, profissional e até mesmo, os serviços de saúde. É preciso ampliar o olhar e a escuta profissional a fim de aguçar a compreensão do outro o que implica no estudo de novas referências teóricas e remodelação significativa da linguagem e formas de expressão, englobadas nas mais diferentes (e necessárias) abordagens clínicas (BOTAZZO, 2015).

Os componentes básicos para a comunicação eficiente na clínica são:

Habilidades não seletivas de escuta:

- Comportamento no atendimento.
- Comportamento verbal e não verbal.
- Acompanhamento verbal.
- Silêncio/Pausas.

Habilidades seletivas de escuta:

- Realizar perguntas abertas (perguntas com início “como” e “o que você acha que pode ser ou fazer?” – evitar reprimir o usuário com “por que?”)
- Parafrasear o conteúdo (reproduzindo/traduzindo o relato em tom hesitante ou afirmativo).
- Demonstrar sentimentos (manifestação de empatia).
- Concretizar (auxiliar o usuário a ser mais preciso, além de resumir/sumariar a história dele).

Segundo Campos (2000), é necessário uma intensa renovação do modo de se pensar a Saúde Coletiva donde se inscreve essa proposta, tendo como base a história e tradição da saúde pública. Isto é, compreendê-la tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico aberto a discussões. Trata-se de um movimento que, de certa forma, contribuiu para a definição e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Além disso, fomentou a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença.



Entretanto, a forma como se dá sua institucionalização vem travando a renovação crítica de seus próprios conhecimentos e práticas, acarretando em uma crise de identidade que se mostra através de uma certa fragmentação e dispersão como campo científico (ibidem).

Conforme Paim & Almeida Filho (2000, p.14), os parâmetros da saúde na esfera coletiva que eram hegemônicos sobre o pensamento setorial por mais de meio século se escassearam. Isso acarretou, hodiernamente, em sérias restrições e impasses.

Há também por parte dos autores supracitados, a refutação sobre as teses neoliberais de saúde, que são caracterizadas por “programas de modificação de comportamentos considerados de risco” e caracterizam estes como “elementos extra discursivos do debate” uma vez que a conjuntura econômica do Estado, a falta de equidade dos determinantes de saúde, as condições sociais e “as disparidades da distribuição de renda e poder”, estão diretamente associados as “modificações do panorama político e social do mundo”.

De acordo com Žižek (1996 p.26), seria de bom grado, avaliar as condições materiais, a sua estrutura básica, uma vez que são essas que possibilitam a construção do discurso dos sujeitos. O autor também ressalta que não há uma nítida “linha separatória entre a ‘verdadeira’ realidade e a ilusão” e que a realidade “nunca é diretamente ela ‘mesma’, e que a ‘realidade’, tal como a verdade, nunca é, por definição, ‘toda’”.

Isto é, a ideologia de um sujeito não tem a ver com uma ilusão, uma falsa e desconexa representação da realidade, mas sim como uma construção social e simbólica da realidade do ser. Conforme o mesmo autor, a simbolização: “sempre fracassa, jamais consegue ‘abarcá’ inteiramente o real, sempre implica uma dívida simbólica não quitada, não redimida”. Logo, não há a menor chance de haver “grau zero” de ideologia nas diferentes práticas discursivas.

Althusser (1969) afirma que a ideologia se define a partir de lutas e reivindicações sociais concretas. Isto porque são nelas que se observa as vontades e reações de uma sociedade como todo, abrangendo todas suas dimensões (biológica, econômica, política, cultural, entre outras).

Com isso em mente, questiona-se a divisão de “SBC” e “SC”, uma vez que não há entre elas nenhum conflito de noção ideológica. Mas sim, de uma certa especificidade “bucal”. Isto é, a especificidade do objeto de trabalho que acarretará em práticas e teorias centralizadas nesta questão de saúde.

A SBC é questionada invariavelmente se pode ser chamada de um novo modelo, novo paradigma, na esfera das ciências da saúde, da SC ou mesmo sobre a Odontologia. Segundo Moysés & Sheiham (2006): “[...] o consenso discursivo entre os protagonistas ainda não materializa uma identidade científica comum.”

Desse modo, os autores concluem que a proposta da SBC é a de que seja: “uma racionalidade não dogmática nem normativa, mas aberta ao debate”.

Outra questão que deve ser abordada neste presente estudo é a SC como campo de práticas e como local de sua reprodução social.

Segundo Samaja (2000), os fatos biológicos não são mais ou menos reais que os fatos sociais, suas normas e mecanismos de regulação. O autor, levanta a questão sobre os “espaços sociais” e ressalta sua diferença em relação aos “biológicos”.

De acordo com Laurell & Noriega (1989), os modos de viver e trabalhar estão diretamente relacionados com o processo saúde-doença. Por exemplo, o cirurgião-dentista tem tendência a ter mais dores nas costas e região lombar que outros profissionais. Isto é, a prática laboral de um cirurgião-dentista demanda muitas horas sentado, analisando uma estrutura limitada e de difícil acesso como a boca de um indivíduo. Além disso, a postura do profissional é variável, sendo necessário, muitas vezes, de mudanças de angulação do pescoço e costas a fim de obter melhores visualizações e assim, resolver os mais diversos casos clínicos.

As ciências humanas, em geral, não vivem sem a linguística, a biologia, a filosofia, a física e por que não, a matemática. E são essas relações que, entre si ou não, garantem a chamada “instabilidade essencial” (FOUCAULT, 1990).

Essa “instabilidade essencial” nada mais é que uma tensão infundável entre saberes e poderes. Essa interação, garante ao sujeito uma posição de detentor do conhecimento, o qual, por meio de seu deliberado poder ou colocação social, uma determinada atitude frente as mais diversas situações a que são colocados.

Donnangelo (1983) argumenta que: “o movimento de recomposição das práticas sanitárias [...] proporciona [...] novos objetos à pesquisa na área da SC, [ressaltando que] as práticas de investigação não serão uniformes, mas encontram [...] no novo espaço aberto [...] imediatas condições de desenvolvimento”. Pode-se inferir que, por mais que se alterem as condições de pesquisa em SC, seja por mudança de paradigma social seja por condição criteriosa diversa entre os próprios pesquisadores em SC, a perspectiva de mudança e evolução no campo dialético e científico, se faz possível.

Os autores Paim & Almeida Filho (2000), se atentam com toda razão com os tipos de profissionais que atuarão nas mais diferentes realidades sociais. Estas que em um país como o Brasil é tão diversa e, cheia de nuances e questões a serem analisadas sob as mais diversas perspectivas e compreensões. Os autores ressaltam a importância da qualificação e o detrimento de capacidades intelectuais para um trabalhador da saúde, como nele se reproduz e como produz uma teoria social da saúde em suas mais variadas e pertinentes ações em saúde.

A chamada “crise da saúde pública” isto é, a deficiência da estrutura física aliada a falta de disponibilidade de materiais, equipamentos, medicamentos sem contar com a insuficiência de recursos humanos tem muito a ver com o que os autores Paim & Almeida Filho (2000) ensejam. Uma vez que, profissionais não capacitados, não são capazes de produzir o máximo de suas responsabilidades e, portanto, criam elos fracos entre o sistema de saúde (já defasado) e uma mudança de paradigma social, muitas vezes deficiente e necessitado como o presente em diversas realidades Brasil à fora.

A Saúde, com o termo amplo da palavra, faz participação biológica (dá a força de trabalho e sua manutenção), tem influência sobre a cultura (porque serve de modelo a ser alcançado para todos, normatizando a forma saudável de ser),

Sobre a Bucalidade propriamente dita, um dos primeiros relatos na literatura sobre esse termo se dá por Michel Foucault, associando a cavidade bucal “e” o palato ao ato de produção e consumo.

Abraham & Torok (1995) relatam a natureza linguística da cavidade oral. A exemplo do nascimento de um bebê que, para demonstrar alguma necessidade a sua mãe, o bebê emite sons/chora realizando um preencher do “vazio da boca”. Com o

tempo, estes artifícios vão se modelando, criando formas das mais variadas, sempre motivadas e influenciadas por culturas, tradições, idiomas, significações de vida e novas introjeções são incorporadas ao “eu”.

Palavras são ditas na mesma proporção que as consumimos, somos obrigados a pensar no que falamos, nosso corpo físico não nos permite, em condições de “normalidade” abstrair dos sons que nós próprios emitimos. O discurso é como uma corda de raciocínio, sendo que um fim de uma frase depende, em grande parte, de seu início. Caso contrário, não haveria um contexto para significá-la. Seriam apenas palavras dispostas aleatoriamente, sem qualquer possibilidade de formar sentido, uma semântica como se é subdividido essa matéria na área de conhecimento da linguística. Não são raros os momentos em que frases são ditas em entonações as quais não desejamos, externalizando sentimentos, angústias e porque não, desafetos velados. (IBIDEM)

É importante ressaltar que a boca é local da formação do gosto, do paladar propriamente dito. E isto, para a humanidade, é de intensa importância sobretudo social. O ato de se alimentar é uma atividade social, produz cultura, une indivíduos. Quantos momentos bons podem ser lembrados de um almoço ou janta em família, em comunidade? (IBIDEM)

A cavidade bucal se vê sempre em meio ao desejo e razão, a exemplo da satisfação de se alimentar de produtos que muitas vezes não trazem grande benefício nutricional ou até mesmo acarretam em problemas de saúde a longo prazo. Tudo isso, vai de contra a razão, colocando o indivíduo em dilemas e até em contradição, uma vez que muitas vezes se consome o que não se deve, ou o que a razão diz que não se deve em virtude da realização do desejo – este que, inconscientemente, leva as mais diferentes sensações e compreensões de mundo - (BOTAZZO, 2000).

Com relação ao campo erótico, a boca tem papel essencial, sobretudo no deleite com o corpo do outro, atividades bucais sexuais são extremamente comuns e inconscientes em vários momentos. O desejo é o que move sua atividade, sua intensidade e por que não, suas direções. Os prazeres bucais, diferentes dos prazeres genitais, não necessitam de repouso entre uma descarga e outra, eles são ininterruptamente reproduzidos durante uma atividade amorosa (BOTAZZO, 2000).

Estas três atividades realizadas pela estrutura bucal são, na verdade, a produção social da boca humana. O psiquismo e a cultura estão fortemente associados a ela. Não podemos desvincular uma da outra. A boca é sim, pertencente as ciências humanas, uma vez que é capaz de representar a existência do homem para com ele mesmo. A cavidade oral tem lugar de *função institucional*. Isto é, “possui normas, modos de ser, disciplinas, prescrições e ritmos.” (MACHADO, 1988).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Bucalidade é uma teoria bem consolidada e com reconhecimento na literatura nacional e internacional, mas que ainda busca sua consolidação no campo prático e principalmente na compreensão dos dentistas que ainda são formados sob a égide da odontologia tradicional, curativista e odontocentrada, em detrimento de uma Odontologia centrada no paciente e na complexidade do social em que ele vive.

É essencial um momento anamnético de alta qualidade para o caso clínico, uma vez que é na anamnese que se identifica o doente com sua doença. Para isso, são indispensáveis: estrutura física nas melhores condições possíveis, contingente profissional capacitado e disposto a oferecer um serviço de qualidade, condições de trabalho fornecidas aos profissionais e pacientes, disposição de materiais e equipamentos, técnicas de escuta e diálogo apropriadas, além de empatia para com o outro. Com isso, a promoção de vínculo com o usuário se torna mais facilitada. Realizando diagnóstico seguro, aumentando as chances de sucesso do tratamento e de redução de custos (diminuição de faltas).

O vínculo entre o profissional e o usuário na Unidade de Saúde é construído a cada consulta, assim como um relacionamento, a cada momento de acordo no devido tratamento terapêutico (prescrição de uso de medicamentos ou necessidade de encaminhamento). É necessário diálogo claro e coeso de ambas as partes, assumindo responsabilidades tanto por parte do profissional quanto do paciente.

Por fim, o impacto social que um profissional Cirurgião-dentista pode oferecer a sua comunidade é imenso. A capacidade de retirar dores, devolver sorrisos, restabelecer funções estomatognáticas, é motivo de orgulho e alegria. Basta passar uma tarde em uma unidade de saúde para ver a mudança de trajetória de inúmeras vidas de usuários que foram alteradas positivamente. Cabe a cada um de nós, futuros profissionais, fazer com que a vida em sociedade seja mais igualitária, justa e integral.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM N, TOROK M. A casca e o núcleo. Coracini MJRF, tradutor. São Paulo: Editora Escuta; 1995

ACCORSI, Maurício. O FIM DAS EXTRAÇÕES NA ERA DOS AUTOLIGADOS: MITO OU REALIDADE? 2014. Disponível em: <http://www.aortodontia.com.br/download/publicacoes/coluna%20orto.pdf>.

Acesso em: 20 ago. 2018

AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. Arch Dis Child, v. 90, n. 8, p. 837-40, Aug 2005.

ALTHUSSER L. Avertissement aux lecteurs du Livre I du Capital. In: Marx K. Le capital. Livre I. Paris: Garnier-Flammarion; 1969. P.7-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

BOTAZZO C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994.

BOTAZZO, Carlos. Bucalidade. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277708914>. Acesso em: 21 ago. 2018.

BOTAZZO, Carlos. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. 2012.

BOTAZZO C. Saúde pública e saúde coletiva: saberes, interdisciplinaridade e política. Rev C S Col 2000; 5(2):237-40.

Brunetti, Ruy Fonseca. Os caminhos da odontologia através dos séculos e os rumos para o futuro. 2011. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/Ruy%20Brunetti/artruybrunetti163.htm>. Acesso em: 18 ago. 2018

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219- 230, 2000.

CARNEIRO PINTO ABDALA, Anna Thereza; SOUZA CAMARGO PRÓCHNO, Caio César; AVELINO DA SILVA, Luiz Carlos. A transmissão psíquica do fantasma patológico enquanto objeto transgeracional: uma Análise do filme “Volver”. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 20, n. 1, 2017

CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

DONNANGELO MCF. A pesquisa na área da Saúde Coletiva – A década de 70. In: Buss PM, organizador. *Abrasco. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983. v. 2. p. 17-35

MENDES, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, 1986.

MACHADO R. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

MORIN E. Amor, poesia, sabedoria. Carvalho EA, tradutor. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.

NARVAI PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odont&Soc* 2001; 3(1-2):47-52.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

PADILHA, M., & Carvalho, M. (1993). O ALUNO DE GRADUAÇÃO E A PESQUISA CIENTÍFICA. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 27(2), 281-295.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N. A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Ed. Casa da Qualidade; 2000.

SAMAJA J. A reprodução social e a saúde. Elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida. Coutinho D, tradutor e organizador. Salvador: Editora Casa da Qualidade; 2000. (Saúde Coletiva).

ZILBOVICIUS C. Implantação das Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas [tese de doutorado]. São



Paulo: Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Social. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2007.

ŽIŽEK S. O espectro da ideologia. In: Žižek S, organizador. Um mapa da ideologia. Ribeiro V, tradutor. Benjamin C, revisão de tradução. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996. p. 7-38

**ANEXO 1 – Ata de Apresentação do presente Trabalho de Conclusão de Curso**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA  
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

**ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Aos 01 dias do mês de outubro de 2018, às 11:00 horas, em sessão pública no (a) Auditório do CCS desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professor Douglas F. Kovalski e pelos examinadores:

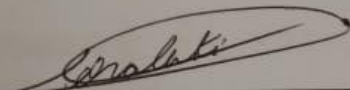
1 – Prof.ª Dr.ª Renata Goulart Castro,

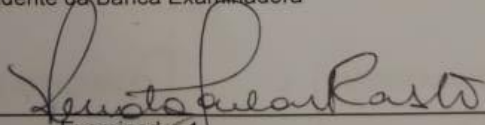
2 – Prof.ª Dr.ª Mirelle Finkler,

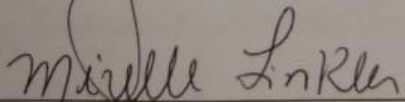
o aluno Victor Alexandre Raimundo da Silva apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

**Inovação na Clínica Odontológica para o SUS**

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

  
\_\_\_\_\_  
Presidente da Banca Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Examinador 1

  
\_\_\_\_\_  
Examinador 2

  
\_\_\_\_\_  
Aluno