

PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVANÇOS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Data de submissão: 09/05/2023

Data de aceite: 03/07/2023

Liana Riveiro da Cunha

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação
em Odontologia
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/7456140124090342>

Júlia Fermino

Universidade do Vale do Itajaí, Graduação
em Odontologia
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/6613270235548862>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí, Programa
de Mestrado Profissional em Saúde e
Gestão do Trabalho
Itajaí, SC
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

Trabalho de Iniciação Científica defendido em julho de 2019 no Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC.

recomendado pela Política Nacional Brasil Sorridente, que prevê a abordagem da população a partir do seu universo familiar e das relações sociais experimentadas no território. Tem como objetivo identificar e debater o modo como membros de uma família socialmente vulnerada, residente em uma área de ocupação de uma cidade catarinense, percebem a vida, a própria saúde e as práticas odontológicas executadas por cirurgião-dentista da ESF. Estudo qualitativo exploratório-descritivo, realizado em um município catarinense, por meio de entrevista coletiva. Os resultados indicam que a percepção dos membros da família é orientada por diferentes domínios e por relações que expressam a economia política. Conclui-se que a ausência de um Estado Social mantém o Brasil Sorridente no horizonte à espera de condições de possibilidades futuras.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia Comunitária. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica.

RESUMO: Este artigo situa-se no contexto do eixo condição de vida do modelo de cuidado,

DENTAL PRACTICES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CONTEMPORARY ADVANCES AND CHALLENGES

ABSTRACT: This article is located in the context of the life condition axis of the care model, recommended by the Brasil Sorridente National Policy, which provides for the approach of the population from their family universe and the social relationships experienced in the territory. It aims to identify and discuss the way members of a socially vulnerable family, living in a squatter area of a city of Santa Catarina, perceive life, their own health and the dental practices performed by a dentist-surgeon of the ESF. This is a qualitative exploratory-descriptive study, carried out in a city of Santa Catarina, through a collective interview. The results indicate that the perception of family members is guided by different domains and by relationships that express the political economy. It is concluded that the absence of a welfare state keeps Brasil Sorridente on the horizon waiting for conditions of future possibilities.

KEYWORDS: Community Dentistry. Family Health Strategy. Basic Attention.

1 | INTRODUÇÃO

Em seu primeiro mandato, o Governo Lula criou uma das políticas públicas mais inclusivas da história da saúde pública nacional: o Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). Pela primeira vez, desde a Proclamação da República, um governo rompia com o histórico projeto de exclusão social que durante décadas havia marginalizado o direito de os brasileiros seguirem na vida com dentes.

As medidas governamentais adotadas pelo Brasil republicano, em período anterior à criação do Brasil Sorridente, haviam sido setoriais e voltadas hegemonicamente para a criança: o Serviço Dentário Escolar (NARVAI; FRAZÃO, 2008), regulamentado pelo Decreto no 4.600, de 30 de maio de 1929 que, ao dispor sobre a inspeção médica em escolas públicas, considerou o provimento de assistência dentária escolar aos alunos pobres como um de seus objetivos; e o Sistema Incremental para escolares, instituído pelo governo de Getúlio Vargas, em 1951, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (ZANETTI, 2005; BRASIL, 2006b) com o objetivo de, em última instância, reduzir o índice de cárie da população específica de 6 a 14 anos, mediante recursos preventivos e de intervenção em lesões de cárie, em áreas estratégicas dos planos desenvolvimentistas (ZANETTI, 2005). Para a força de trabalho nacional, que alavancaria o desenvolvimento empreendido pelo Governo Vargas, a partir dos anos de 1930, foi concedida a garantia não de tratamento conservador, mas de extrações dentárias em Santas Casas de Misericórdia e Hospitais das Forças Armadas (CUNHA, 1952).

Em 2008, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) produziu o Caderno de Atenção Básica, nº 17 (BRASIL, 2008), como referência para a reestruturação dos serviços odontológicos, em uma lógica integrada de processo de trabalho. Este documento descreve a necessidade de a odontologia da AB:

[...] assumir uma nova postura diante da população [...] romper com antigas formas de trabalhar [...] conhecer o território em que [...] se trabalha compreendendo-o como um espaço social peculiar, historicamente construído, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras) (BRASIL, 2008, p. 07).

A conquista da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006 (BRASIL, 2006a), e o lançamento do Caderno de Atenção Básica nº 17, em 2008, impulsionaram a Política Nacional Brasil Sorridente, resultando na expansão do acesso aos serviços, especialmente de atenção básica, através da inserção de equipes de odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BALDANI *et al.*, 2005; PUCCA JUNIOR, 2006; PEREIRA *et al.*, 2009), bem como na expansão da atenção especializada, mediante a implantação de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais em próteses dentárias (BRASIL, 2004).

Para materializar a lógica de processo de trabalho integrado à comunidade e respectivo território, fez-se presente a necessidade de investir em odontologia comunitária. Na relação com a Política Nacional de Saúde Bucal/Brasil Sorridente, observa-se que odontologia comunitária implica um conjunto de práticas odontológicas capazes de garantir, conjuntamente, ações coletivas de promoção, manutenção e educação em saúde; ações coletivas de diagnóstico e de proteção específica a doenças bucais; ações individuais de diagnóstico e tratamento de doenças bucais (clínica primária); prevenção de agravos; e; reabilitação, em consonância com a vigilância em saúde e com o planejamento orientado pela epidemiologia e informações do território. As diretrizes desta Política referem que as ações sejam “precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde” (BRASIL, 2004, p. 04).

Em que pese o avanço deflagrado pela edição do Brasil Sorridente, estudos demonstram que persistem profundos desafios. Passados quase vinte anos, a população usuária, sobretudo a força de trabalho geradora da riqueza nacional, ainda não conquistou concretamente o direito a tratamento restaurador completado, longitudinalmente programado na ESF, visando à preservação do direito de caminhar na vida (e envelhecer) com dentes, por várias razões, para citar algumas:

- A própria ESF não é uma estratégia de caráter nacional e universal, mas investida de modo indutivo, desde a sua origem;
- A garantia de tratamento dentário restaurador de qualidade, em um Brasil econômico e culturalmente heterogêneo, composto por 5.570 municípios autônomos, do ponto de vista político e administrativo, não se sustenta sem a universalização da política, não se sustentou com os antigos incentivos e pisos da União nem com os repasses de alguns impostos pelos estados aos municípios, em função dos diferentes percentuais de participação da receitas de impostos

na receita total de municípios e tampouco se sustenta com o atual Previne-Brasil, para o qual um único indicador basta - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

- A Estratégia Saúde da Família com equipe de Saúde Bucal ainda não reconheceu a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como um componente fundamental de suas intervenções (BRASIL, 2012);
- A desigualdade distributiva de centros de especialidades odontológicas no Brasil é parte do desenvolvimento do real, o que restringe sobremaneira a referência e contrarreferência da odontologia comunitária para a média complexidade, quando necessário;
- A formação em Odontologia ainda é hegemonicamente voltada para o mercado (SOUZA; SOUZA; LIMA, 2020);
- A legitimação do trabalho terceirizado para atividades-fim do Estado e a flexibilização das jornadas de trabalho com a criação do contrato intermitente pela Reforma Trabalhista do governo Temer desmantelaram o horizonte do direito do direito de caminhar na vida (e envelhecer) com dentes (BRASIL, 2017b);

A atualização da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 (BRASIL, 2017a), também pelo governo Temer, esfacelou o horizonte de universalização de odontológica comunitária na ESF, ao reconhecer estratégias para a atenção básica compatíveis com a flexibilização da jornada de trabalho; dificultar a indução municipal da ESF, abrindo espaço para prefeitos escolherem estratégias que não exijam 40hs de jornada pelos profissionais; oportunizar a criação de estratégia monoprofissional para agentes comunitários de saúde (ACS's), e ao condicionar a implementação de padrões ampliados de atenção à vontade de gestores municipais.

- O desconhecimento comunitário e social do direito constitucional conquistado pelo Brasil Sorridente.

Esses fatos histórico-conjunturais apontam para a necessidade de se debater a odontologia comunitária, levando em conta a percepção de indivíduos, famílias e comunidades sobre o(a) profissional de odontologia que necessitam.

Neste artigo, discute-se o modo como membros de uma família socialmente vulnerada (SCHRAMM, 2023), residente em uma zona de ocupação de um município catarinense, percebem a própria saúde e as práticas odontológicas de odontologia comunitária, executadas por profissional de odontologia da ESF em seus territórios de vida. Situa-se no contexto do eixo condição de vida do modelo de cuidado, recomendado pela Política Nacional Brasil Sorridente.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo social, de abordagem qualitativa, caráter exploratório-descritivo e amostra intencional, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí, SC, em 21 de outubro de 2017, por meio do parecer 2.341.908. Corresponde a um trabalho de iniciação científica, desenvolvido por duas acadêmicas de odontologia que, desde o início da formação sentiam-se instigadas a pensar e executar as práticas futuras em conformidade com a realidade nacional.

O *corpus* empírico foi constituído por duas famílias usuárias da ESF, de dois bairros socialmente vulnerados de um município catarinense. Para fins de produção científica, selecionou-se uma das famílias, aqui intitulada “família 1”. A escolha por esse tipo de território deveu-se ao fato de que as pessoas que o constituem têm a sua “possibilidade de escolha [...] severamente limitada” pelas desigualdades abissais de condições de vida, historicamente produzidas no Brasil (NICHATA *et al.*, 2008, p. 924).

Os instrumentos previstos no projeto para coleta de dados foram três: entrevista coletiva, entrevista semiestruturada, e, diário de campo. No entanto, em virtude de dificuldades para conjugar várias visitas à comunidade com as atividades intensas e extensas de ensino na graduação, as acadêmicas optaram por excluir a aplicação do instrumento entrevista individual e fazer entrevistas coletivas, com familiares, pois, se entendeu que o objeto seria estudado de modo mais frutífero se explorado em conversas coletivas, realizadas no contexto familiar, para oportunizar a expressão coletiva do pensamento de pessoas de uma mesma família que vivem em condições materiais de existência similares. O instrumento diário de campo foi mantido, visando aos registros da travessia metodológica e de manifestações não verbais expressas por participantes (MINAYO, 2014). Os dados coletados pelos dois instrumentos dialogaram transversalmente na análise.

Para estabelecer as estratégias de entrada no território, as acadêmicas consideraram importante estabelecer uma rede de relações (MINAYO, 2014) junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do respectivo município. O primeiro movimento consistiu na obtenção da anuência da SMS e na apresentação da pesquisa ao coordenador do serviço público de odontologia, quando lhe foi solicitado sugerir a indicação de dois bairros vulnerados. As acadêmicas foram prontamente atendidas, tendo recebido também do coordenador o número de telefone celular do profissional de odontologia que atuava em um dos bairros e o da enfermeira que atuava no outro.

Em seguida, elas fizeram contato telefônico com o cirurgião-dentista para agendar uma conversa. No encontro, solicitaram a informação sobre que ACS era responsável pela microárea do bairro em que havia uma zona de ocupação, pois estariam convidando-o(a) para participar do estudo como informante-chave. A existência desta zona de ocupação havia sido relatada pelo coordenador. Ao tomar ciência da pesquisa, a ACS se disponibilizou para acompanhar as acadêmicas no reconhecimento da área e na visita à família.

Em 02 de julho de 2018, iniciaram o trabalho de campo, com o propósito de reconhecer a microárea eleita. Ao transitarem pelo espaço, interessaram-se bastante pela realidade, achando bastante oportuno coletar os dados em um espaço no qual também viviam, em tese, pessoas institucionalmente invisíveis, isto é, não consideradas no cadastramento territorial por estarem em zona de ocupação. Nesta etapa do trabalho de campo, somou-se ao grupo (acadêmicas e ACS) a auxiliar de odontologia comunitária, atuante na equipe de odontologia da ESF que responde pelas ações na microárea.

A zona de ocupação era composta, em sua maioria, por residências de madeira e sem saneamento básico. A rua principal não tinha pavimentação, havia muitos buracos com água parada de chuva e de esgoto, onde várias crianças brincavam descalças soltando pipa. Muitos cachorros estavam presentes e acontecia, naquele momento, uma campanha de castração gratuita de cachorros no bairro. Ao final da rua, muito lixo depositado e casas próximas ao local. Segundo a ACS, a maioria dos moradores da ocupação trabalhavam com coleta de lixo em uma cooperativa da região.

As acadêmicas, ACS e auxiliar de odontologia visitaram duas residências, sugeridas pela ACS, para convidar as famílias para participar do estudo. Encontrando somente uma pessoa em cada casa, souberam que durante os dias da semana só uma pessoa permanecia em cada uma das residências. Ao apresentarem a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), as duas pessoas disseram que poderiam ser entrevistadas naquele momento. Foram realizadas duas entrevistas individuais.

Em reunião com a orientadora, após a transcrição dos dados dessas duas entrevistas, as acadêmicas compartilharam: a) a necessidade de escolher, com a ajuda da ACS, outras duas famílias em que, pelo menos, dois adultos estivessem presentes na residência, ao longo do dia, já que o projeto de pesquisa previa a aplicação de entrevista coletiva; b) o desejo de escolher duas famílias naquela mesma microárea; c) o fato de que a ACS e auxiliar de odontologia haviam interferido nas coletas individuais, incorrendo em induções que poderiam ter fragilizado o material; e; d) a observação de que as coletas individuais haviam sido realizadas de modo acelerado, o que exigiria um treinamento prévio para a aplicação da entrevista coletiva.

Decidiu-se, conjuntamente, considerar as entrevistas individuais como um piloto da pesquisa, escolher duas famílias daquela microárea que tivesse, pelo menos, dois adultos em casa em horário regular de trabalho, e agendar uma orientação para refletir sobre as estratégias necessárias para o retorno ao campo. As acadêmicas foram orientadas para manter-se tranquilas, para a realização das entrevistas, e municiadas da compreensão de que pesquisa qualitativa não se faz em uma lógica protocolar passo a passo, mas em processo, porque este é o próprio desenvolvimento da pesquisa.

Na semana seguinte, retomaram o contato com a ACS, que indicou duas novas famílias. O próximo passo foi o retorno ao campo. As duas famílias foram visitadas e as entrevistas coletivas foram realizadas em ambos os contextos.

A entrevista com a família 1 aconteceu no dia 29/10/2018. Acadêmicas e ACS dirigiram-se para a residência, caminhando pelo bairro e compartilhando percepções sobre como seria a produção de dignidade na vida dessas pessoas, vivendo em condições tão precárias e desumanas. Os participantes estão representados pelo codinome composto pela letra P, seguida de números em ordem crescente.

Ao chegarem no local, avistaram um terreno comum, com duas residências. Ali encontraram uma família assim disposta: na casa de fundos, ampla, com sala, quarto, cozinha e banheiro, moravam uma senhora (P1), uma filha desta senhora (P2), com seu filho (P3) e esposa (P4) e quatro (04) crianças, entre estas, um bebê. Na casa da frente, de um único cômodo, aparentemente sem banheiro, morava P5, uma segunda filha de P1. No momento em que as acadêmicas e ACS foram recebidas, P4 estava na casa da frente, com uma criança de colo, em companhia de P5. Ao se apresentarem e relatarem o motivo de estarem ali, P4 convidou as acadêmicas e a ACS para se dirigirem à casa de fundos, onde se sentiriam mais à vontade. Ao chegarem, em companhia de P4 com a criança de colo, as acadêmicas e a ACS conheceram P1, a senhora, a matriarca, dona da casa, que as convidou para sentarem-se na cozinha, ao redor da mesa, juntamente com P1, P4 e a criança de colo. A ACS sentou-se em uma cadeira mais afastada. Após a leitura do TCLE por uma das acadêmicas, P1 e P4 concordaram em participar, firmando-os prontamente. Segundo relato de P4, P3 (seu marido) estava no trabalho; porém, a ACS disse depois que, na visão dela, P3 estaria no quarto, naquele momento da visita.

A entrevista foi iniciada com atenção redobrada para o fato de que o instrumento não era um questionário, mas uma entrevista com roteiro semiestruturado a ser realizada com duas pessoas e, enquanto tal, havia a necessidade de conceder tempo para que elas elaborassem o pensamento e se manifestassem, além do que, a depender das respostas, novas perguntas poderiam ser agregadas. Atentas a essa linha de base metodológica, as acadêmicas colocaram em prática uma conversa livre, para que as duas (02) participantes se comunicassem com naturalidade. Desta vez, a ACS não fez interrupções no pensamento e/ou fala das entrevistadas. Porém, por vezes, foi instigada a se manifestar, pois as participantes dirigiam os olhares para ela, na forma de um chamado para tomar parte da conversa, principalmente para relacionar aspectos das perguntas vinculados à relação que tinham com a unidade básica de saúde (UBS). Este fato, cuja iniciativa havia sido das moradoras locais, acabou agregando a ACS ao rol de entrevistadas. A conversa teve a duração de 50min.

A entrevista foi registrada por meio de um gravador de voz e, em seguida, foi transcrita.

Os diários de campo foram produzidos após as visitas ao bairro. Foram registrados elementos do reconhecimento do território, de observações visuais e percepções sobre o lugar e sobre as vivências.

Para a análise dos dados, o estudo utilizou a análise de conteúdo do tipo temática

ajustada, pois não se orientou pela investigação da frequência das mensagens expressas em palavras, expressões e/ou frases, mas para a significância de argumentos e ideias apreendidos, independentemente do número de vezes em que se fizeram manifestar (MINAYO, 2014).

O processo de análise foi conduzido por seis momentos: a) relação preliminar com o material: por meio de leituras, certificaram-se que o conteúdo bruto era pertinente para responder o objetivo geral e tinha representatividade; b) leitura e várias releituras flutuantes; sem aprofundamento, deixando-se contaminar pelo material; c) escolha das unidades de registro (unidades com significância: palavras, expressões e/ou frases) e de contexto (extratos mais amplos, nos quais estão as unidades de registro); d) codificação: atribuição de códigos orientada por critério semântico, para as unidades de análise (participam deste momento criatividade, vivências, referencial teórico e concepção de mundo das pesquisadoras). Este momento foi conduzido individualmente pelas pesquisadoras; e) agrupamento de códigos por analogia, em conjunto, para finalizar a codificação; e f) exploração transversal do material (descolando-se da codificação) e, em um esforço de síntese, procedimento de categorização.

Deste processo emergiu a categoria de análise: “Laços em uma realidade cultural comunitária”.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO

Laços em uma realidade cultural comunitária

Família 1 – Entrevista com P1, P4 e ACS

A conversa foi aberta por uma questão genérica: Como vai a sua vida?

Quem a respondeu prontamente com outra pergunta foi P4: *Pode reclamar? Sem conceder tempo para as acadêmicas e a ACS pensarem a resposta dada por meio de outra pergunta, P4 completou, entre risos e olhares simbólicos dirigidos para a ACS: [...] aham, tá boa (risos) [...] só o Alex que eu tenho que marcar uma consulta, ele tem pressão alta [...] (P4).*

Na relação com os dados, houve uma discussão calorosa entre as acadêmicas sobre um detalhe, já observado na primeira experiência de iniciação científica com entrevista coletiva como instrumento: a entrevistada dizia que a vida “[...] tá boa”, mas os risos pareciam transparecer o oposto do que havia dito. Além disso, ela completou a resposta à pergunta sobre sua vida mencionando que precisava de uma consulta para o filho.

A resposta de P4, aparentemente simplista, parece carregar uma representação social complexa: a de que, diante de profissionais/acadêmicos(as) de saúde, as respostas não raramente voltam-se para questões pertinentes a doenças, independentemente da abrangência da pergunta. Isto é, questionada sobre a vida, P1 articulou uma resposta sobre o problema de hipertensão do filho.

Em um ensaio sobre a formação do indivíduo nas relações sociais, a autora refere que, na concepção de Pierre Janet, a linguagem tem, a um só tempo, “uma função representativa [...] e um estatuto mais forte [...] por participar do planejamento das ações individuais; [através] da linguagem, o indivíduo prepara um ato a ser consumado” (GOES, 2000, p. 118). Nessa perspectiva, pode ser que no momento de elaboração do pensamento sobre “como vai a sua vida”, havia uma representação no imaginário de P4 anterior ao que ela executa no cotidiano, em vida: a representação da necessidade de levar seu filho à UBS.

Ao serem indagadas sobre coisas do dia a dia que as deixavam triste, P4 disse, a princípio, [...] *nada*; depois, mencionou [...] *a falta de dinheiro*. Cruzando o olhar com o da ACS, foi possível perceber que P4 queria dizer algo mais. No silêncio por ela manifesto, a ACS lhe disse, também de um modo que parecia querer dizer outra coisa: *aham, a falta de dinheiro te deixa muito triste, né?* (ACS).

Na relação entre o texto implícito e explícito com o contexto, as acadêmicas entenderam que provavelmente [...] *a falta de dinheiro* foi o elemento possível de ser apresentado por P4, mas que no plano de fundo havia questões não passíveis de serem ditas, naquele momento. Lembrando-se de que a ACS havia dito que, na percepção dela, P3, marido de P4 não estava no trabalho, mas no quarto, a possibilidade de impedimento de dizer algo ganhou dupla dimensão, na visão das acadêmicas. No entanto, como em pesquisa qualitativa não são as impressões isoladas que são interpretadas, mas as relações estabelecidas entre os dados e os(as) óculos teóricos e empíricos dos(as) pesquisadores(as), foi importante observar que, depois da manifestação da ACS, P4 falou de si:

[...] se o Alex ficar bem na creche, eu acho que vou conseguir trabalhar o ano que vem [...] eu vou conseguir trabalhar sim [...] ah, eu amava, não passava nada do que eu passo [...] ah, eu espairescia a minha mente, eu saía de manhã e só voltava de noite, era uma paz na minha vida quando eu trabalhava. Eu trabalhava não faltava nada pros meu filho, agora tá uma pindaíba [...] (P4).

Eis a resposta para como vai a sua vida: na citação acima. Vontade de trabalhar, de se fazer no trabalho, de prover condições à vida dos filhos. O que indagar, em seguida à manifestação de uma pessoa socialmente vulnerada? Buscar compreender aspectos do sentimento bonito manifesto, neste contexto macro sombrio e confuso, no qual as relações e condições de trabalho estruturam-se sobre o medo e insegurança? Não. As acadêmicas optaram por finalizar a coleta do tema no depoimento em que P4 sonha em voltar a trabalhar. Bastou às acadêmicas perceberem que P4 quer mudar sua situação, inserir seu filho na creche para exercer o direito ao trabalho, para se realizar novamente no trabalho, prover o sustento dos filhos, além de [...] *eu espairescia a mente*. P4 demonstra, por meio da entonação da linguagem, ter tido paz na vida quando trabalhava, e que hoje a paz não é mais realidade, reforçando o quão importante é trabalhar. Vale reforçar que esse

depoimento só se fez presente, após a intervenção da ACS.

Sobre esse papel da ACS, vale ressaltar que uma pesquisa-intervenção, realizada em uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de pequeno porte da região Sul do Brasil, debateu as possibilidades e desafios da atuação de ACS's, tomando por base a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Os autores destacam que o trabalho de ACS's potencializa as ações de Educação Popular em Saúde porque se situa entre o saber popular e o saber técnico (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016). Ou seja, o brilho do trabalho de ACS's está na sua capacidade de respeitar e decifrar o saber do povo, pois são as ACS's genuinamente povo e, na interlocução com esse saber, é possível operacionalizar o saber técnico, em contexto comunitário.

Ao serem questionadas sobre se elas tinham o costume de se reunir com vizinhos, P1 disse: [...] *eu converso com o pastor [...] Aqui no bairro é cada um por si e Deus por todos [...] Cada um se vira como pode.* E P4 falou: [...] *nunca me reuni com vizinho não [...] com a minha mãe sim, né.*

O questionamento acima buscou saber se elas, em alguma medida, conversam sobre seus problemas e/ou sobre os problemas da comunidade, se participam eventualmente de associações de moradores, de conselho local de saúde. Com base na resposta, percebeu-se que o diálogo se estabelece na relação com o *pastor* ou com a *mãe*, indicando que o vínculo religioso e materno são os que frutificam, na vida das entrevistadas, para discutir problemas; que a realidade cultural não contempla o debate sobre os problemas da comunidade, tampouco soluções em prol da melhoria das condições de vida da comunidade.

A análise de dois estudos de caso sobre o poder da fé e o milagre do poder, sinaliza que movimentos pentecostais têm conquistado vastamente as camadas populares para suas igrejas, por meio de seus mediadores evangélicos e suas pregações e dogmas. O núcleo central dessa conquista, no contemporâneo, parece estar na capacidade de os mediadores/pastores terem transformado e deslocado fronteiras, no afã de atingir o que se poderia chamar de uma “tecla sensível [...] a valorização do protagonismo político dos ‘homens de Deus’”, em contextos sociais específicos – porque subalternos –, nos quais advertem que “condenam a falta de horizontes daqueles que praticam cegamente a obediência às leis dos homens” (BIRMAN, 2012, p. 135). Pode ser que a experiência com pastores atue como um condicionante de saúde e doença de subalternos, em alguma medida.

Vale mencionar que a análise transversal do material permitiu reconhecer outro elo comunitário de P1, além da ligação com o *pastor*: o CRAS, Centro de Referência de Assistência Social, a porta de entrada para a Rede Socioassistencial, situada em áreas de maior vulnerabilidade social e responsável pela execução de serviços, programas e projetos sociais desenvolvidos pela União, Estados e Municípios. Enquanto um espaço público de base territorial, o CRAS funciona como uma unidade básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Seu objetivo é atuar na redução de risco social nos territórios,

através do estímulo ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários além da ampliação e garantia do acesso aos direitos de cidadania (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2019): *Quando a gente tá com algum problema ou qualquer coisa que precisa de ajuda, é o CRAS [...] (P1).*

A fala de P4, em que a mãe aparece como companheira para debater problemas, foi completada com o seguinte relato: *Ah, nas quinta-feira eu faço o curso de artesanato, ali eu me divirto, ali eu rio, ali eu brinco [...] ah a gente se diverte ali.*

O depoimento acima expõe a vida por meio da arte, espaço de expressão de seus sentimentos, espaço de liberdade, promotor de vínculo, de saúde. Segundo P4, moradores se organizam semanalmente com o propósito de realizar oficinas de artesanato. E, aqui, uma reflexão: se o(a) profissional de odontologia da ESF atuar em uma lógica ampliada de atenção à saúde e na presença de vontade política para produzir consciência histórica (BERLINGUER, 2011), ele(a) pode fomentar em P4 o reconhecimento do espaço de encontro para a produção de artesanato como um espaço potente para debater questões sobre o bairro, para fomentar o debate sobre direitos sociais, entre estes, o de participação comunitária nas decisões locais.

Quando indagadas sobre como percebem os serviços da UBS, P1 relatou: *[...] olha, elas me ajudam, eu particularmente sempre quando eu precisei, sempre fui ajudada pelo posto de saúde [...].* A fala denota acolhimento, por parte da UBS, mas no sentido de ser “ajudada” pela mesma, sinalizando que talvez P1 não saiba sobre seu direito de ser acolhida. Acolhimento é o primeiro contato com a UBS e deve ser garantido.

Um relato de experiência sobre a implantação do acolhimento em uma equipe de ESF de uma UBS de um município catarinense (VIANA; LIMA, 2018) discorreu sobre o lugar que o ato de acolher tem ocupado hoje na Estratégia: o acolhimento tem se constituído em uma ação programática orientada por passos procedimentais, em razão da histórica necessidade de baixa cobertura de atenção médica para dar conta dos infindáveis territórios do Brasil. De todo modo, em que pese a necessidade de acolhimento programático, executado por enfermeiros(as), é preciso não se descolar da compreensão que acolhimento é, na Estratégia, um direito social.

Em seguidas, indagadas sobre se estava sendo fácil conseguir tratamento com dentista no postinho, P4 disse:

Sim, quando eu tava morrendo de dor eu precisei e fui bem atendida graças a Deus. O dentista falou que eu tinha que arrancar porque eu não terminei o tratamento de canal que eu comecei quando era pequena. Ele vai marcar pra arrancar e eu vo te que colocar outro porque eu não quero ficar banguela, tu já pensou (risos). [...] É o da frente, mulher, eu vou ficar banguela como? Meus filho não vão nem olhar pra mim, já não sou bonita ainda vai ficar banguela? (risos) Não dá né? [...] Eu sei que lá no CEO eles fazem assim “aquelas inteira” assim pra pessoa de mais idade [...].

Novamente, P4 recorre ao riso para manifestar dor. Dor gerada por políticas

macroeconômicas excludentes, por falta de condições de vida, por desigualdades injustas e evitáveis, por descaso governamental, por falta de trabalho, por falta de oportunidade de se realizar na vida, por baixa autoestima, por ver a fome nos filhos, por dentista, por sistema de saúde, por força do capital. *Fui bem atendida, graças a Deus [e] e lá no CEO eles fazem assim 'aquelas inteira'.*

A sociedade brasileira conquistou o SUS, mas a grande massa societária não é proprietária do Sistema. Conquistou o Brasil Sorridente; depois de 112 anos de lentidão trágica, um governo federal reconheceu o direito de as pessoas seguirem na andança da vida com dentes. Conquistou a PNAB/2006. No entanto, ainda não conquistou, da República Velha até hoje, um Estado Social. Que respeite direitos sociais. Que reconheça que somente uma sociedade saudável e digna poderá produzir riqueza econômica. Que reconheça que na linha de pobreza e abaixo dela nenhuma pessoa se reconhecerá em dignidade e em cidadania, condições para levantar da cama e produzir riqueza para o País.

Os dentes ou a falta deles refletem a economia política. O contexto brasileiro de profundas desigualdades sociais se expressa também “na boca”. O recurso da extração remove o sintoma local, sim, às vezes insuportável, mas também “é uma estratégia produtora de uma [...] condição de vulneração: a de não ter dentes, como consequência de plano de tratamento de cirurgões-dentistas”. Ao produzir vulnerados, o recurso da extração produz “uma falsa expressão da economia política no sujeito e cria a ilusão de restabelecimento de saúde” (COSTA *et al.*, 2013, p. 466). Fica faltando somente “*por outro dente, ou [uma] inteira*”.

Em seguida ao relato de P4, um relato de P1:

[...] A primeira vez que fui no dentista [...] ele queria abusar de mim e da minha irmã menor lá, não fomos nunca mais [...] eu tinha 13 e ela tinha 10 [...] ele queria beijar na boca da gente [...] passava a mão no peito da gente [...] aí nós não “fomo” mais [...] a gente tinha trauma do dentista entendeu? Daí quando eu ia lá eu já queria que arrancasse 4, 5 de uma vez só pra não voltar muito lá nos dentista [...] eu tinha 25 anos quando botei a primeira dentadura [...].

As acadêmicas buscaram conhecer a percepção sobre as práticas odontológicas na ESF e sobre a relação das usuárias com o profissional de odontologia e colheram abuso sexual. A exposição desse relato aconteceu na presença das acadêmicas, ACS e P1. Na relação com os dados, foi possível entender que P1 já havia superado, em alguma medida, os episódios de violência, vividos no desabrochar da adolescência. O entendimento dela de que se tratava de violência se deu na mesma época em que aconteceram os episódios, pois ela disse que [...] *tinha tido educação sexual na escola [...] também eles ensinavam* (referindo-se a professores). Essa educação sexual muito provavelmente foi de grande valia para ela, pois, embora com fraturas intransponíveis em seu tecido íntimo, ela pode reconhecer que aquela forma de “atendimento” se configurava em abuso. Pôde proteger a si e sua irmã mais nova, não retornando mais. A opção eleita por ela e para ela foi extrair

todos os dentes, mesmo hígidos, para não precisar mais ir ao dentista, acabando com os abusos.

Uma revisão, realizada em 2015, sobre a violência sexual praticada contra criança e adolescente sistematizou aportes teóricos de diversos pesquisadores que se debruçam sobre o tema. O objetivo do autor foi o de lançar luzes às possíveis consequências desta forma de violência. Os resultados sinalizam que as consequências do abuso sexual são “extensas e diversas para as vítimas”; que, especialmente, médicos, psiquiatras, psicólogos e sociólogos têm se esforçado para reunir elementos que possam delinear propostas de intervenção, respeitando-se as singularidades de cada caso. O autor comenta, ainda, que “não é possível generalizar ou delimitar perfeitamente os efeitos do abuso sexual, uma vez que a gravidade e a extensão das consequências dependem de particularidades da experiência de cada vítima” (FLORENTINO, 2015, p. 144).

CONSIDERAÇÕES

O artigo identifica e discute o modo como membros de uma família socialmente vulnerada, residente em uma área de ocupação de uma cidade catarinense, percebem a vida, a própria saúde e as práticas odontológicas executadas por cirurgião-dentista da ESF.

Tristeza por *falta de dinheiro* devido à ausência de trabalho; vontade de trabalhar, de se fazer no trabalho para prover condições à vida dos filhos, movimentada pelo sentimento de que quando se trabalha se tem paz; confiança no CRAS, no pastor e na mãe para compartilhar problemas; investimento em arte como expressão de vida; relato de violência sexual por dentista em puberdade, desconhecimento sobre o direito a envelhecer com dentes, apassivamento diante de edentulismo precoce e vínculo bonito com agente comunitário de saúde são expressões relatadas pelas participantes quando questionadas sobre vida, saúde e práticas odontológicas na ESF.

A partir do micro contexto estudado, infere-se que a efetivação da odontologia comunitária na ESF requer bons técnicos em odontologia de base, com disposição e vontade política para cuidar de usuários em seus territórios de vida; bons gestores, para monitorar e avaliar esse cuidado e, sobretudo, sujeitos orgânicos que, por meio de reflexividade crítica, contribuam para ressignificar a quem se destina a odontologia científica ainda hegemônica, em um país marcado por múltiplos extratos de vulnerados desprotegidos pelo Estado, por histórica insistência em criar políticas públicas de saúde não universais, mas indutivas, e pela violação do direito ao direito de envelhecer com dentes.

REFERÊNCIAS

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 1026-1035, 2005.

BERLINGUER, G. **Storia della salute**. Firenze: Giunti Editore, 2011.

BIRMAN, P. O poder da fé, o milagre do poder: mediadores evangélicos e deslocamento de fronteiras sociais. **Horiz Antropol**, v. 18, n. 37, p. 133-153, 2012.

BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasil: MS, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250584.html>. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara nº 38, de 2017**. Reforma Trabalhista. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. 2017b. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129049>. Acesso em: 17 jan. 2023.

COSTA, S. M. *et al.* Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 18, n. 2, p. 461-470, 2013.

CUNHA, E. S. **História da Odontologia no Brasil (1500-1900)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências sobre abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal rev psicol.**, v. 27, n. 2, p. 139-144, 2015.

GOES, M. C. R. A formação do indivíduo nas relações sociais: Contribuições teóricas de Lev Vígotski e Pierre Janet. **Educ Soc.**, v. 21, n. 71, p. 116-131, 2000.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, C. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, T. S.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Medicas, 2008. p. 1-20.

NICHIATA, L. Y. I *et al.* A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p. 985-996, 2009.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Assistência e Desenvolvimento Social. **Cras – Centro de Referência de Assistência Social**. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/cras/index.php?p=1906. Acesso em: 04 mar. 2019.

PUCCA JÚNIOR G. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 11, p. 243-246, 2006.

SCHRAMM, F. R. **A Bioética dos Vulnerados**. 2023. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Destaques&id=134>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SOUZA, M. G. R. de; SOUZA, P. C.; LIMA, R. C. G. S. Realidade e esforços de cirurgiões-dentistas em Odontologia Comunitária. **Revista da ABENO**, v. 20, n. 2, p. 80-92, 2020.

VIANA, E. C. L.; LIMA, R. C. G. S. Acolhimento na estratégia saúde da família: uma proposta de reorganização do acesso. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2018.

ZANETTI, C. H. G. **A utilidade como função para a universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal na saúde da família. Orientadora: Maria Helena Machado. 2005. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.