

Parte 2: Os modelos de atenção à saúde bucal e à saúde mental

Modelos de atenção à saúde bucal

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Modelos de atenção à saúde bucal. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 84-101. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0007>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PARTE 2

Os modelos de
atenção à saúde bucal
e à saúde mental

Este livro foi escrito para o público não universitário e para alunos de graduação, sejam de cursos da área da saúde, particularmente de odontologia, psicologia – as áreas originais de formação das autoras –, ou não. Este é o motivo pelo qual procuramos não “bucalizar” ou “psicologizar” demais o texto, de modo a torná-lo palatável mesmo àqueles que não têm nada a ver com o assunto.

Entretanto, em nossas trajetórias, sempre precisamos fazer a articulação entre os conceitos mais gerais da saúde coletiva e os campos de atuação em que iriam atuar nossos estudantes. Este é o motivo pelo qual apresentamos os capítulos a seguir.

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL CONTADOS POR DONA MARIA³

Dona Maria tem 60 anos, é dona de casa e mora na Favela do Arco-Íris. Durante o processo de territorialização do município de Panaceaia, um membro da equipe de saúde da família foi conversar com ela. O diálogo foi o seguinte:

– Porque quando a gente veio morar aqui no Arco-Íris, a gente gostou muito, porque era perto de tudo. Tinha hospital, tinha escola. E tinha o colégio estadual, que era o sonho de toda mãe poder matricular os filhos lá, porque era muito bom, muito puxado, os professores eram bons e davam muita assistência aos alunos. Tinha até um gabinete de dentista! O dentista atendendo os meninos do colégio, tratando, né? Obturando o dente que estava furado, arrancando quando não dava mais jeito.

– E que mais que o dentista do colégio fazia?

– Fazia isso mesmo: obturar, arrancar os dentes dos meninos. Dos adultos, não, porque era só para as crianças, só das crianças do colégio. Tinha mãe que ficava com raiva porque tinha mais de um filho e o menorzinho não estudava no colégio. Aí, não era atendido. Ou então, os mais

3 Indicamos, para aqueles que desejarem se aprofundar no tema, a leitura do livro *Odontologia e saúde bucal coletiva* de Paulo Capel Narvai (1994).

velhos também não atendia. Aí, o dentista explicava que pra esses mais velhos não tinha mais jeito, tinha de cuidar enquanto era novo.

– E depois?

– Ah, depois teve um programa, né? Um programa grande, que queria tratar de todos os meninos. O meu do meio chegou a participar desse programa, porque não era só no colégio estadual, não, era em todas as escolas. Vinha como se fosse um carroção. A senhora sabe... Carroção, né? Cheio de consultório dentro. No começo, a gente não acreditava muito, não, porque nem parecia consultório de dentista. E era um mundaréu de gente, não era só doutor, não. Tinha umas mocinhas que ajudavam os doutores, ficavam atendendo junto. Num instante o tratamento acabava. O menino tinha seis, oito obturações pra fazer, não era aquela lengalenga de antes, ia no dentista duas vezes e pronto, já resolvia tudo.

– E depois?

– Depois veio aquela estória de prevenção, não é? De que não adiantava tratar nada, que tinha que prevenir. Então ensinavam a escovar, porque tinha que saber escovar pra não dar cárie. E tinha muita palestra, explicando o bichinho que dá no dente, que não pode comer doce, que tem que escovar... As crianças gostavam, porque tinha brincadeira, teatro, essas coisas...

– E a senhora gostava?

– Assim... Das palestras eu gostava, mas eu achava que tinha que tratar também. Porque quem não tem nada, tá bom ficar só limpando, cuidando. Mas, e quem tem? Quem tá com o dente doendo vai querer tratar, não vai nem querer ouvir palestra! Pelo menos, eu penso assim.

– E como a senhora acha que devia ser?

– Olhe, eu acho que tinha que prevenir, mas tinha que tratar também, né? E tinha que cuidar de todo mundo, não só de criança, ou só de velho: todo mundo tem que ter direito. Até que tem aqueles que precisam mais, que tem mais necessidade, então esses tinham que vir primeiro. Mas direito, direito mesmo, todo mundo tinha que ter. Direito de fazer tudo: botar flúor, obturar, e até fazer dentadura, se a pessoa precisar.

– E como deveriam trabalhar?

– Eu gostava muito quando tinha as mocinhas que ajudavam que ajudavam os dentistas, porque o tratamento andava mais ligeiro. O que puder fazer para tratar mais depressa é bom, mas sem exagerar. Tem que ter tempo para o dentista escutar a gente, chamar pelo nome, saber o que a gente está sentindo... Porque a gente também é filho de Deus! E tem muito mais gente que também pode trabalhar para o povo ter dente bom.

– Como assim, dona Maria?

– A minha sobrinha, por exemplo, ela é agente de saúde. Ela visita as famílias, fala pra mãe dar o peito pra criança, vê se vacinou os filhos. Por que ela não pode também ensinar a cuidar dos dentes? E pra trabalhar assim, não precisa ficar só no posto de saúde ou na escola, como era antes, pode ser em qualquer lugar onde as pessoas possam se encontrar.

– E a senhora acha que iria funcionar?

– Acho sim. Porque os doutores têm muito o que ensinar para o povo, mas o povo também sabe muita coisa pra ensinar pros doutores.

– O que, por exemplo?

– Ah! Às vezes os doutores estudam tanto o corpo da gente, os micróbios, que às vezes esquecem que a saúde do povo também tem a ver com a vida que o povo leva. Se o salário é pouco, se no bairro não tem esgoto, se o trabalho vai matando a pessoa aos pouquinhos, como é que vai ter saúde? Tem tanta mãe que, quando o menino chora de fome, dá rapadura pro menino parar de chorar... E aí como é que o doutor, todo de branco, pode dizer para não comer doce?

– Então, o dentista não adianta de nada?

– Adianta sim, porque na hora que o dente dói só quem pode resolver é ele. Mas ele sozinho não serve pra muita coisa. Se não se juntar, se não trabalhar com os médicos e as enfermeiras do posto, com os agentes de saúde, com o povo mesmo, não vai ter resultado. Mas, se for, junto com esse povo todo, trabalhar pra todo mundo ter direito de ter saúde, de ter uma vida digna mesmo, então vai valer a pena.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Primeiramente, é necessário esclarecer o que pretendemos expressar com as palavras “modelo de atenção à saúde bucal”. Por que “saúde bucal” e não “odontologia”? Porque a noção de saúde bucal ultrapassa o conceito de odontologia, tanto quanto “saúde” e “medicina” não são sinônimos. Quando falamos odontologia, estamos nos referindo a:

1. um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos que permite a manutenção e recuperação da saúde das estruturas orais;
2. uma profissão;
3. uma prática assistencial desenvolvida por aquela profissão, tendo por base aquele conjunto de conhecimentos.

Os cuidados com a saúde bucal já existiam mesmo antes de terem sido sistematizados tais conhecimentos técnico-científicos; e antes mesmo do surgimento da profissão. As pessoas já cuidavam dos dentes antes de existirem dentistas! Atualmente, entende-se que é necessário reunir mais elementos além daqueles fornecidos pela profissão odontológica e seu cabedal de conhecimentos para que a saúde bucal seja alcançada. Voltaremos a esta questão mais tarde.

Quanto ao termo “atenção”, concordamos com a distinção que Paulo Capel Narvai (1992) faz entre “assistência” e “atenção” à saúde. A assistência odontológica compreende aqueles procedimentos destinados a consumidores individuais, podendo tanto ser preventivos como curativos. Dessa forma, tanto a restauração que o dentista realiza, quanto a profilaxia que o técnico em higiene dental executa, ambos são exemplos de assistência odontológica, não importando o ambiente em que foram executados: consultório particular ou clínica pública.

A atenção à saúde bucal inclui a assistência odontológica, mas a ultrapassa porque incorpora as ações de alcance coletivo, que podem ser internos ou externos ao setor saúde. Ações educativas com grupos de pessoas são exemplos de atenção à saúde bucal, assim como: a fluoretação da água, o fornecimento de água tratada, a geração de empregos, etc. Observe que não é necessário que a atenção à saúde seja desenvolvida por membros da equipe odontológica.

As práticas em saúde são construídas seguindo diferentes formações. Devemos, para entendê-las, perguntar: qual conceito de saúde está implícito nessas práticas? Em que contexto social elas se desenvolvem? Quais são os recursos humanos nelas envolvidos? Qual é o público alvo? Quais tecnologias utilizam? Em que ambiente se desenvolvem? Quais resultados pretendem alcançar? Quais são suas justificativas?

Esses elementos constituirão os modelos de atenção à saúde. É importante advertir que modelos são construções teóricas que nos permitem refletir melhor sobre a realidade, e que essa última, com suas grandes contradições, é mais rica, mais profunda que nossos modelos explicativos. Vamos, então, a eles.

“ODONTOLOGIA” ARTESANAL

O termo “odontologia” não está bem empregado aqui, pois as práticas ainda não eram embasadas nos conhecimentos oriundos do método científico moderno. Estamos nos referindo a épocas anteriores ao

surgimento da primeira faculdade de odontologia – em 1840, nos Estados Unidos, e em 1884, no Brasil.

Considerado o pai da medicina, Hipócrates, que viveu na Grécia Antiga, no século IV a.C., explicava que as doenças aconteciam por causa do desequilíbrio entre os elementos que constituem o corpo humano: terra, ar, água e fogo; os fluidos corporais: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma; e os estados elementares: frio, calor, secura e umidade. A medicina hipocrática dedicava especial atenção ao estudo dos sintomas para o conhecimento das doenças. A palavra “clínica” vem do grego e significa “leito”, pois o estudo consistia em observar a evolução dos sintomas do paciente acamado. Durante a Idade Média, os ensinamentos hipocráticos ficaram confinados nos mosteiros, enquanto grande parte da população tinha uma visão religiosa da doença. A medicina era um ofício de religiosos; sua prática era considerada mais nobre que a dos cirurgiões e barbeiros. Muitas eram as atividades a que estes últimos se dedicavam: tratavam fraturas e ferimentos, drenavam abscessos, realizavam sangrias e aplicavam ventosas (métodos terapêuticos da época), faziam barba e cabelo e extraíam dentes. Contudo, estes não gozavam do mesmo prestígio daqueles.

Com o Renascimento, o ensino médico deixou os mosteiros e ocorreu um flagrante desenvolvimento da anatomia e da fisiologia. Foram os cirurgiões-barbeiros que mais tarde vieram a se constituir em dentistas. Como trabalhavam esses barbeiros?

Na inexistência de faculdades, o aprendizado acontecia com alguém mais experiente. Aquele que desejasse aprender o ofício deveria trabalhar como aprendiz junto a um mestre até dominar a técnica. A prática era, em geral, itinerante: o barbeiro montava sua banquinha na feira e, em meio à multidão curiosa, realizava seu atendimento. Para os dentistas constituírem uma profissão, foram necessários dois movimentos: o de instituir um ensino profissional, ordenado pelos próprios dentistas – assim surgiram as faculdades – e a proibição, pelo Estado, do exercício da prática daqueles que não fossem considerados “aptos”.

É importante esclarecer que a criação das escolas odontológicas e a proibição da prática pelos não diplomados não extinguiram o modelo de “odontologia” artesanal, apenas o tornou residual, tanto é que nos países do Terceiro Mundo, o Brasil inclusive, ainda é possível encontrar pessoas que tratam de dentes sem terem estudo profissional, geralmente atendendo populações marginalizadas.

ODONTOLOGIA TRADICIONAL

Percebe-se que a criação da primeira faculdade de odontologia em Baltimore, no século XIX, nos Estados Unidos, é o marco que assinala o surgimento de outro modelo – a odontologia tradicional, também chamada odontologia científica ou flexneriana.

Esse nome feio – flexneriana – tem sua origem em um relatório escrito por um norte-americano chamado Flexner, que, no início do século XX, propôs uma série de modificações nas escolas médicas da época. Jorge Cordón (1998) alerta que, enquanto o relatório Flexner influenciou o ensino da medicina, a odontologia teve seu correspondente no Relatório Gies. Contudo, as características fundamentais são basicamente as mesmas.

Eugênio Vilaça Mendes (1986) enumera as características desse modelo:

Mecanicismo: a medicina e a odontologia flexneriana entendem o corpo humano à semelhança de uma máquina, cujo funcionamento pode ser entendido se conhecermos as peças que a compõem. Seria possível consertar um mecanismo quebrado somente pela reposição da peça defeituosa, pois as máquinas têm comportamento extremamente previsível.

Biologicismo: a odontologia científica fundamenta-se de tal forma nas ciências biológicas que considera apenas esse nível da realidade. Desta forma, acredita ser possível agir sobre as doenças somente com os conhecimentos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos, sem

investigar o papel da organização da sociedade, do simbólico, da cultura na determinação das enfermidades.

Individualismo: a odontologia tradicional é individualista, tanto em relação aos recursos humanos – o dentista trabalha só; quando muito, conta com um(a) atendente – , quanto em relação ao seu objeto: o indivíduo, considerado isoladamente. Ademais, opera com base na visão de que é o próprio doente o responsável pelos seus problemas de saúde, num jogo em que a vítima se torna o culpado.

Especialização: na medicina é flagrante o alto grau de especialização da prática, fazendo com que o indivíduo seja “esquartejado” entre diversos profissionais, perdendo-se, assim, a visão do todo – salientemos, esse “todo”, para nós, não se resume ao “todo” biológico. A odontologia já surge, ela própria, como uma especialidade, tomando a boca para si como objeto de trabalho e fracionando-a ainda mais em dentes, gengivas, condutos radiculares, etc.

Tecnicismo: paralelo ao avanço da especialização, ocorre uma dependência cada vez maior da técnica, de insumos e equipamentos sofisticados. A assistência de qualidade passa a se confundir com a utilização de procedimentos muitas vezes desnecessários: médicos requisitam exames sem nenhuma relevância em muitos casos, dentistas compram “o último lançamento” no congresso sem ainda saber se terá utilidade. Isso ocorre porque o modelo fexneriano alimenta uma próspera indústria de insumos que, como todas as outras, precisa eternamente criar novas necessidades.

Curativismo: partindo de uma falsa oposição entre prevenção e cura, a odontologia tradicional centra toda a sua atenção na segunda. Não é mera coincidência o fato de serem justamente as ações curativas as que permitem um mais alto grau de tecnificação e especialização, sendo as de maior custo.

Mercantilismo: a odontologia tradicional fundamenta-se no mercado, na venda de serviços, no que não difere do modelo anterior. Contudo, a parcela da população capaz de comprar estas mercadorias é minoritária.

Dizemos que o modelo da odontologia flexneriana é hegemônico por se tratar do formato predominante, tanto nas práticas odontológicas, quanto nos “corações e mentes” dos cirurgiões-dentistas. Entretanto, esse modelo tem sofrido uma série de críticas, a ponto de, no documento da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, ter sido apontado como portador de diversas distorções; dentre as quais, a ineficiência, por ser de alto custo e baixo rendimento, e a ineficácia, uma vez que não resolvia os problemas de saúde bucal da população.

Enquanto a odontologia científica se desenvolveu no setor privado, as tentativas de superá-la deram-se no interior do Estado. A princípio, num conceito estrito de Estado e, depois, num conceito ampliado, que inclui também a sociedade civil.

ODONTOLOGIA SANITÁRIA/SOCIAL

Alerta-nos Zanetti (1996) de que as primeiras formas de inserção da odontologia na esfera pública não iam além da mera reprodução da prática flexneriana, transposta para os serviços de saúde. Contudo, foi se tornando cada vez mais claro que, para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal numa perspectiva populacional, a lógica da assistência individual não seria suficiente. Assim, a primeira tentativa consistente da odontologia de se aproximar da saúde pública foi através da odontologia sanitária, surgida nos anos 1950, que elegeu como público alvo o escolar. Entretanto, ao construir toda a sua sistemática de atuação no interior da escola, acabou por se distanciar dos demais profissionais de saúde.

Os conhecimentos disponíveis na época levavam a acreditar que a cárie era um processo que, uma vez iniciado, não mais poderia ser controlado. Isso se traduzia no conceito de “geração perdida”, ou seja, nada poderia ser feito em relação às pessoas já acometidas pela cárie, restando somente procurar atuar junto àquelas livres da doença.

A odontologia sanitária adotou o sistema incremental como forma de organizar o atendimento. Exemplificando: o dentista lotado em uma

determinada escola, após fazer um levantamento epidemiológico, atenderia todas as crianças do primeiro ano, efetuando todos os procedimentos restauradores de que precisassem. Feito isso, estas crianças passavam a “acumular doenças”, passando ao ciclo de manutenção, enquanto todas as crianças do segundo ano receberiam atendimento. E assim, sucessivamente, até retornar às crianças do primeiro ano, que então teriam novas necessidades.

O principal problema era a grande quantidade de necessidades de tratamento do primeiro grupo. Essas eram tantas que findava o ano letivo sem se conseguir nem mesmo completar o tratamento de seus componentes. Quando o novo ano começava, novas crianças entravam no primeiro ano, com mais dentes a serem restaurados. Nesse modelo, prevenção e cura se encontravam desarticulados. Nas cidades onde havia fluoretação da água, esse era o único método preventivo utilizado; onde esta inexistia, realizavam-se programas de aplicação de bochechos fluorados durante o ciclo de manutenção. Estranha lógica essa, em que a prevenção vem depois da cura!

Ainda não existia o conceito de equipe de saúde bucal; o cirurgião-dentista trabalhava isolado em seu gabinete, no interior da escola. A auxiliar desempenhava funções menores e se incumbia da aplicação de bochechos fluorados.

Esse modelo chegou ao Brasil como mais uma prova da forte influência dos Estados Unidos sobre o nosso país, via Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). A Fundação SESP foi a instituição que difundiu diversas tecnologias em saúde bucal no Brasil: a fluoretação da água, os bochechos fluorados, o sistema incremental, os levantamentos epidemiológicos.

Entretanto, o Brasil e os Estados Unidos viviam contextos bem diferentes: enquanto nos Estados Unidos esse modelo vinha no bojo de uma série de medidas de combate aos bolsões de pobreza; no Brasil, não havia propriamente “bolsões”, mas uma sociedade imersa no subdesenvolvimento que, embora começasse a se industrializar, não caminhava para

a justiça social. Num cenário com níveis elevados de crianças fora da escola, o impacto desse modelo não chegava a ser muito evidente, como lembra Zanetti (1993, p. 118):

A desvinculação e a falta de relevância pública pode ser percebida na grande maioria dos programas de saúde bucal, nos quais não se atinge a toda a população, e sim, só a população infantil; não se atinge toda a população infantil, e sim, só aquela de 7 a 12 anos; não se atinge toda a população de 7 a 12 anos, e sim, só aquela escolarizada; não se atinge toda a escolarizada, e sim só aquela escolarizada na rede pública de ensino; não se atinge todos os escolares da rede pública de ensino, e sim só aqueles da zona urbana.

É necessário salientar que muitas das limitações apresentadas por esse modelo devem ser consideradas como frutos das condições históricas e do conhecimento científico da época em que floresceu. Assim, frente à odontologia tradicional, que não incorporava nenhuma contribuição da epidemiologia e do planejamento em saúde, o sistema incremental representou um inegável avanço. Durante muito tempo, programas de saúde bucal foram confundidos com programas destinados a escolares, pois era difícil conceber uma outra forma de intervenção em saúde pública sem ousar colocar o pé para fora da escola.

UM PARÊNTESE PARA FALAR DA ODONTOLOGIA PREVENTIVA E O PREVENTIVISMO

Percebe-se, nos modelos referidos, uma dicotomia entre cura e prevenção, tomadas como opostas entre si e com total vantagem à primeira. Paulo Capel Narvai (1994) nos lembra que, nos anos 1960, a prevenção era vista como algo exótico, romântico, ou uma conspiração comunista. A prática no setor privado privilegiava os procedimentos restauradores, e a odontologia sanitária não foi capaz de romper com esta lógica,

destinando à prevenção um papel secundário. O debate sobre “a importância da prevenção” ficava circunscrito à academia.

Só bem mais tarde, nos anos 1980 e 1990, as ações preventivas ganharam algum prestígio, em função da influência dos países escandinavos, que utilizaram um arsenal de tecnologias preventivas – dentifrícios fluoretados, flúor-gel, selantes, entre outros – que, junto à melhoria na qualidade de vida da população, foi capaz de reduzir os níveis de cárie.

No entanto, diversas vezes, a importação dessas tecnologias ocorreu de forma acrítica. No setor privado, ficou patente que a prevenção somente passou a ser considerada relevante quando pôde ser transformada em mercadoria. No setor público, diversas vezes esse instrumental preventivo foi empregado sem que se considerasse o contexto social no qual as “fórmulas mágicas” eram aplicadas. Mais grave ainda foi a asunção de que somente a prevenção seria importante, em nome da qual serviços assistenciais chegaram a ser desestruturados. A esse abuso, Jorge Cordón e Volnei Garrafa (1991) chamaram preventivismo.

ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA

As críticas ao modelo flexneriano ensejaram o surgimento da odontologia simplificada, nos anos 1970. Seus teóricos alegavam que a prática odontológica hegemônica era incapaz de prover acesso a toda a população, por utilizar equipamentos extremamente sofisticados e empregar os recursos humanos de forma irracional.

Em consequência, a odontologia simplificada desenvolveu equipamentos, materiais e rotinas que buscavam, através da padronização e da eliminação do supérfluo, reduzir os custos da assistência para, assim, aumentar a cobertura dos serviços. Foi também a responsável pelo conceito de equipe odontológica, com ampla utilização de pessoal auxiliar e delegação de ações diretas. O ambiente clínico deixou de ser o gabinete onde o cirurgião-dentista trabalhava isolado e passou a ser a clínica modular, na qual o espaço era racionalmente planejado para permitir o

bom funcionamento da equipe, sem desperdício de tempo e com melhor aproveitamento dos equipamentos.

Contudo, por mais que a odontologia simplificada procurasse dar maior racionalidade à prestação da assistência odontológica, não foi capaz de superar o problema do público-alvo, que continuava sendo majoritariamente o escolar, e a primazia da assistência curativa.

Mais: deturpada em seus princípios, acabou por se transformar em uma “odontologia de segunda classe para cidadãos de segunda classe”, tamanho foi o exagero de simplificação que se atingiu. Contribuiu ainda para o fortalecimento do dilema quantidade *versus* qualidade, como se todo trabalho de alta produtividade fosse necessariamente ruim.

Porém, há que se reconhecer que a questão dos recursos humanos nunca mais foi a mesma após a odontologia simplificada, que tão bem enfatizou a importância de desmonopolizar o saber, antes latifúndio dos profissionais de nível superior. A questão da adequação da tecnologia também permaneceu, não sendo mais admissível entender que qualidade é sinônimo de sofisticação.

ODONTOLOGIA INTEGRAL

Nos anos 1980, começou-se a falar em odontologia integral, a qual procura superar dialeticamente a odontologia simplificada. É preciso citar Eugênio Vilaça Mendes (1986), que identificou três pilares da odontologia integral: a atitude preventiva, a simplificação e a desmonopolização do saber. Sobre o primeiro devemos esclarecer que este modelo finalmente conseguiu romper com a dicotomia prevenção-cura, assumindo a importância da integralidade da atenção. Em relação à segunda, salienta-se que a simplificação foi retomada na perspectiva da tecnologia apropriada, sem incidir nos exageros do modelo anterior. No que tange ao terceiro pilar, já esboçado na odontologia simplificada, percebe-se uma preocupação com a educação e a participação comunitária.

SAÚDE BUCAL COLETIVA

Os anos 1970 e 1980 foram marcados pelo movimento da Reforma Sanitária que, no bojo do movimento pela redemocratização do país, reivindicava a saúde como um direito de qualquer cidadão a ser garantido pelo Estado. Princípios como os da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social foram defendidos durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e passaram a fazer parte da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 1990a) Poderíamos afirmar, junto com Carlo Zanetti (1996), que a saúde bucal coletiva foi o modelo que procurou concretizar esses princípios.

Antes, no entanto, é necessário explicar o que vem a ser saúde coletiva, expressão em que inserimos um “bucal”. Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho (1998) falam da saúde coletiva como um campo científico de caráter interdisciplinar que estuda a saúde das populações, entendendo-a como um processo social. Este último seria melhor percebido quando compreendemos a estrutura da sociedade e seus aspectos econômicos, políticos e ideológicos.

Dessa forma, assim como Mário Chaves (1986) defende que o conceito de saúde bucal só poderia ser entendido como uma abstração útil, uma vez que uma pessoa não pode ter saúde bucal e não gozar de boa saúde, o termo “saúde bucal coletiva” também só pode ser compreendido considerando-se a própria saúde coletiva nesta perspectiva.

Carlos Botazzo (1991) elencou três conceitos fundamentais para entender a saúde bucal coletiva:

1. a politização dos agentes etiológicos, que implica em entender que o processo saúde-doença tem determinantes socioculturais que extrapolam o plano meramente biológico;
2. a inculcação ao campo das práticas coletivas em saúde, que significa romper com o isolamento do cirurgião-dentista, fechado em gabinetes dentro de escolas, ou consultórios

outros, desacostumado com a interação com outros trabalhadores da saúde;

3. as ações de natureza coletiva, ou seja, ações cujo sentido seja permanentemente construído pela participação das pessoas como sujeitos do processo, deixando de lado a passividade, isto é, o acatar docilmente as recomendações do profissional todo poderoso. Isso implicaria num trabalho em grupo, aprendendo e ensinando, tomando para si e para o coletivo a necessária luta para que o direito à saúde não fique restrito a uma lei empoeirada.

HISTÓRIA – PARA FAZER PENSAR

PEDRAS MAGNAS

A localidade onde hoje se situa a cidade de Pedras Magnas era habitada por índios de duas tribos distintas. Há pouco mais de dois séculos, os índios foram perdendo espaço para os criadores de gado, até serem expulsos completamente pelos colonizadores. Um século depois, Pedras Magnas recebeu o *status* de vila e seu comércio passou a circular em torno da produção de algodão. Recentemente, o lucro recebido com o algodão passou a ser investido na indústria e no comércio locais, com conseqüente transformação da vila em cidade.

Hoje, Pedras Magnas possui 80 mil habitantes. Como toda cidade pequena, as relações entre seus habitantes ainda são muito próximas: até pouco tempo, as pessoas se reuniam nas casas ou no clube para ouvirem os cantadores. As vizinhas ainda se sentam nas calçadas para conversar quando passa o vento à noitinha e todo mundo sabe o nome dos políticos, dos comerciantes e do padre da cidade.

Há também os loucos conhecidos. O Carro Velho, que recebeu esse apelido porque acha que é um carro. Às vezes, ele dá prego no meio da rua e, só sai do lugar se alguém chega para trocar o pneu ou colocar gasolina. A Bernadete, que, literalmente, é louca de jogar pedra. Certa vez, foi para frente do restaurante da cidade e se pôs a gritar e jogar pedras nos clientes.

E há os loucos desconhecidos; frequentemente as agentes comunitárias de saúde, ao fazer visitas domiciliares, descobrem que pessoas tidas como loucas são mantidas em cárcere pela própria família. Essas pessoas não recebem tratamento médico algum e nesta situação permanecem indefinidamente. Não chegam a saber das conversas da calçada, do último candidato eleito para vereador ou do nome do dono da padaria. Assim como os loucos conhecidos, não trabalham no comércio local, nas indústrias ou em outros espaços da cidade.