

organizadores
Otacilio Batista de Sousa Néto
Sonia Cristina Lima Chaves
Cláudia Flemming Colussi
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta
Roosevelt Silva Bastos
Cristine Maria Warmling

DÍALOGOS BUCALEIROS

reflexões em tempos pandêmicos

organizadores

Otacílio Batista de Sousa Néto

Sonia Cristina Lima Chaves

Cláudia Flemming Colussi

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Roosevelt Silva Bastos

Cristine Maria Warmling

DÍALOGOS BUCALEIROS

reflexões em tempos pandêmicos

| SÃO PAULO | 2021 |



Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2021 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2021 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Airton Carlos Batistela <i>Universidade Católica do Paraná, Brasil</i>	Breno de Oliveira Ferreira <i>Universidade Federal do Amazonas, Brasil</i>
Alaim Souza Neto <i>Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil</i>	Carla Wanessa Caffagni <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Alessandra Regina Müller Germani <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>	Carlos Adriano Martins <i>Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil</i>
Alexandre Antonio Timbani <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>	Caroline Chioquetta Lorenset <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Alexandre Silva Santos Filho <i>Universidade Federal de Goiás, Brasil</i>	Cláudia Samuel Kessler <i>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil</i>
Aline Daiane Nunes Mascarenhas <i>Universidade Estadual da Bahia, Brasil</i>	Daniel Nascimento e Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Aline Pires de Moraes <i>Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil</i>	Daniela Susana Segre Guertzenstein <i>Universidade de São Paulo, Brasil</i>
Aline Wendpap Nunes de Siqueira <i>Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil</i>	Danielle Aparecida Nascimento dos Santos <i>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil</i>
Ana Carolina Machado Ferrari <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Delton Aparecido Felipe <i>Universidade Estadual de Maringá, Brasil</i>
Andre Luiz Alvarenga de Souza <i>Emill Brunner World University, Estados Unidos</i>	Dorama de Miranda Carvalho <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>
Andreza Regina Lopes da Silva <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>	Doris Roncareli <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Antonio Henrique Coutelo de Moraes <i>Universidade Católica de Pernambuco, Brasil</i>	Elena Maria Mallmann <i>Universidade Federal de Santa Maria, Brasil</i>
Arthur Vianna Ferreira <i>Universidade Católica de São Paulo, Brasil</i>	Emanoel Cesar Pires Assis <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>
Bárbara Amaral da Silva <i>Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil</i>	Erika Viviane Costa Vieira <i>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil</i>
Beatriz Braga Bezerra <i>Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil</i>	Everly Pegoraro <i>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil</i>
Bernadette Beber <i>Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil</i>	Fábio Santos de Andrade <i>Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil</i>

Fauston Negreiros
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Barcellos Razuck
Universidade de Brasília, Brasil

Francisca de Assiz Carvalho
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Gabriela da Cunha Barbosa Saldanha
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Gabrielle da Silva Forster
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Guilherme do Val Toledo Prado
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Vitoriano
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helen de Oliveira Faria
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Heloisa Candello
IBM e University of Brighton, Inglaterra

Heloisa Juncklaus Preis Moraes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Ismael Montero Fernández,
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Jeronimo Becker Flores
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

José Luís Giovanoni Fornos Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Josué Antunes de Macêdo
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Júlia Carolina da Costa Santos
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliana Tiburcio Silveira-Fossaluzza
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Julierme Sebastião Moraes Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Karlla Christine Araújo Souza
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leandro Fabricio Campelo
Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Jose Leite da Rocha Vaz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lidia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Luan Gomes dos Santos de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Luciano Carlos Mendes Freitas Filho
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Marceli Cherchiglia Aquino
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Marcia Raika Silva Lima
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Margareth de Souza Freitas Thomopoulos
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Maria Angelica Penatti Pipitone
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Maria Cristina Giorgi
*Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil*

Maria de Fátima Scaffo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Maria Isabel Imbroni
Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luzia da Silva Santana
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Sandra Montenegro Silva Leão
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Miguel Rodrigues Netto
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Biegging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patrícia Helena dos Santos Carneiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Patrícia Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Patricia Mara de Carvalho Costa Leite
Universidade Federal de São João del-Rei, Brasil

Paulo Augusto Tamanini
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Priscilla Stuart da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Radamés Mesquita Rogério
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Ramofly Bicalho Dos Santos
Universidade de Campinas, Brasil

Ramon Taniguchi Piretti Brandao
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Rarielle Rodrigues Lima
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Renatto Cesar Marcondes
Universidade de São Paulo, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rita Oliveira
Universidade de Aveiro, Portugal

Robson Teles Gomes
Universidade Federal de Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade de Brasília, Brasil

Thyana Farias Galvão
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Valdir Lamim Guedes Junior
Universidade de São Paulo, Brasil

Valeska Maria Fortes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wagner Corsino Enedino
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wanderson Souza Rabello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Washington Sales do Monte
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos
Universidade Federal de Paraíba, Brasil

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle - Canoas, Brasil

Adriana Flavia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alessandra Dale Giacomini Terra
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alessandro Pinto Ribeiro
Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Marques Marino
Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Brasil

Aline Patrícia Campos de Tolentino Lima
Centro Universitário Moura Lacerda, Brasil

Ana Emídia Sousa Rocha
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Ana Iara Silva Deus
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ana Julia Bonzanini Bernardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Rosa Gonçalves De Paula Guimarães
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Antonio de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Anne Karynne da Silva Barbosa
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Antônia de Jesus Alves dos Santos
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ariane Maria Peronio Maria Fortes
Universidade de Passo Fundo, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Bianca Gabrieli Ferreira Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruna Donato Reche
Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Camila Amaral Pereira
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Carolina Fontana da Silva
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carolina Fragoso Gonçalves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Cecília Machado Henriques
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Cíntia Moralles Camillo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Claudia Dourado de Salces
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Cleonice de Fátima Martins
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Cristiano das Neves Vilela
Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniella de Jesus Lima
Universidade Tiradentes, Brasil

Dayara Rosa Silva Vieira
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Rodrigues dos Santos
Universidade Federal de Goiás, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deborah Susane Sampaio Sousa Lima
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Diogo Luiz Lima Augusto
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Ederson Silveira
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Elaine Santana de Souza
*Universidade Estadual do Norte Fluminense
Darcy Ribeiro, Brasil*

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Elias Theodoro Mateus
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

- Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
- Eliizânia Sousa do Nascimento
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
- Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil
- Emanuella Silveira Vasconcelos
Universidade Estadual de Roraima, Brasil
- Érika Catarina de Melo Alves
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
- Everton Boff
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
- Fabiana Aparecida Vilaça
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil
- Fabiano Antonio Melo
Universidade Nova de Lisboa, Portugal
- Fabricia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
- Fabício Nascimento da Cruz
Universidade Federal da Bahia, Brasil
- Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil
- Francisco Isaac Dantas de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
- Francisco Jeimes de Oliveira Paiva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil
- Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil
- Gean Breda Queiros
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil
- Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil
- Glauco Martins da Silva Bandeira
Universidade Federal Fluminense, Brasil
- Graciele Martins Lourenço
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
- Handerson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil
- Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
- Heliton Diego Lau
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
- Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil
- Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
- Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
- Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
- Jeane Carla Oliveira de Melo
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
- João Eudes Portela de Sousa
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
- João Henriques de Sousa Junior
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
- Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil
- Juliana da Silva Paiva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
- Junior César Ferreira de Castro
Universidade Federal de Goiás, Brasil
- Lais Braga Costa
Universidade de Cruz Alta, Brasil
- Leia Mayer Eyng
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
- Manoel Augusto Polastrelli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil
- Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
- Marcos dos Reis Batista
Universidade Federal do Pará, Brasil
- Maria Edith Maroca de Avelar Rivelli de Oliveira
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
- Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil
- Miriam Leite Farias
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
- Natália de Borba Pugens
Universidade La Salle, Brasil
- Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
- Raick de Jesus Souza
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
- Railson Pereira Souza
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil
- Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil
- Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Valdemar Valente Júnior
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Wallace da Silva Mello
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

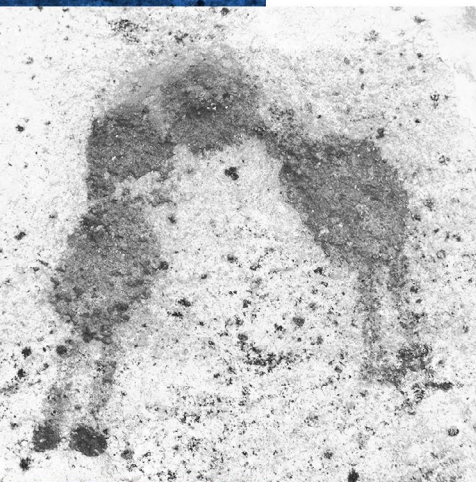
Wellton da Silva de Fátima
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Wilder Kleber Fernandes de Santana
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



Direção editorial Patricia Bieging
Raul Inácio Busarello

Diretor de sistemas Marcelo Eyng

Diretor de criação Raul Inácio Busarello

Assistente de arte Ligia Andrade Machado

Editoração Eletrônica Peter Valmorbida

Imagens da capa Foto: André Pessoa
Textura: Theevening - Freepik.com

Editora executiva Patricia Bieging

Revisão Juliana Soares

Organizadores Otacílio Batista de Sousa Nétto
Sonia Cristina Lima Chaves
Cláudia Flemming Colussi
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta
Roosevelt Silva Bastos
Cristine Maria Warmling

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D536 Diálogos Bucaleiros: reflexões em tempos pandêmicos.
Otacílio Batista de Sousa Nétto, Sonia Cristina Lima Chaves, Cláudia Flemming Colussi, Rodolfo Macedo Cruz Pimenta, Roosevelt Silva Bastos, Cristine Maria Warmling - organizadores. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. 495p..

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5939-098-4 (brochura)

978-65-5939-099-1 (eBook)

1. Saúde. 2. Odontologia. 3. Pandemia. 4. Covid-19.
5. Sociedade. I. Souza Nétto, Otacílio Batista de. II. Chaves, Sonia Cristina Lima. III. Colussi, Cláudia Flemming. IV. Pimenta, Rodolfo Macedo Cruz. V. Bastos, Roosevelt Silva. VI. Warmling, Cristine Maria. VII. Título.

CDU: 614

CDD: 610

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991

PIMENTA CULTURAL

São Paulo - SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 1

UM GESTO MILENAR

Se o primeiro beijo foi dado na pré-história, uma pista pode estar no Piauí. Até pouco tempo não existiam desenhos em cavernas, artesanatos ou pinturas em tecidos que indicassem o costume em épocas tão remotas. Nas tribos indígenas, o beijo não faz parte dos seus rituais. Mas na Toca do Boqueirão da Pedra Furada, na Serra da Capivara, a figura de dois antropomorfos (figuras humanas) juntos, parecem sugerir um beijo. Especialistas teorizam que, na verdade, foi a tinta primitiva que borrou e ligou as duas figuras pela boca, mas difícil argumentar isso com os milhares de visitantes que se emocionam com a cena milenar registrada no semiárido nordestino.

André Pessoa

Fotógrafo, autor da foto da capa do livro



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

**Seria um 'rilize', um release
dos Diálogos Bucaleiros...**

**De todos os diálogos
e de todas as ágoras... .. 15**

Otacílio Batista de Sousa Nétto

Sônia Cristina Lima Chaves

Cláudia Flemming Colussi

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Roosevelt Silva Bastos

Cristine Maria Warmling

DIÁLOGO 1

**O processo de trabalho na atenção
primária em tempos de covid-19:**

indicadores (não recomendados?),

bio(in)segurança, teleodontologia

e a (indi)gestão do cuidado..... 27

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Rafael Gomes Ditterich

Renata Goulart Castro

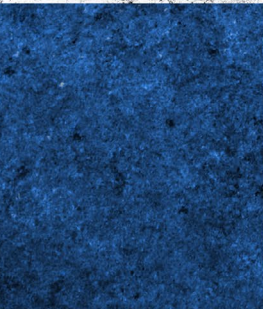
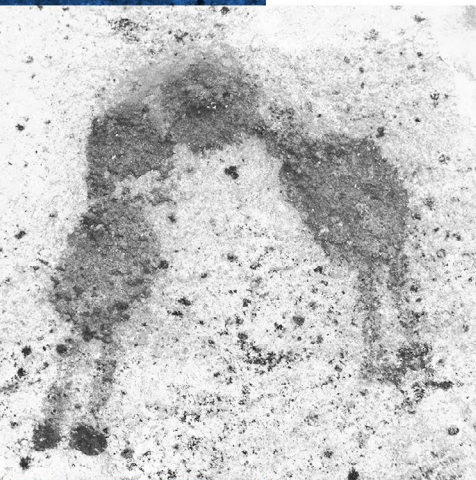
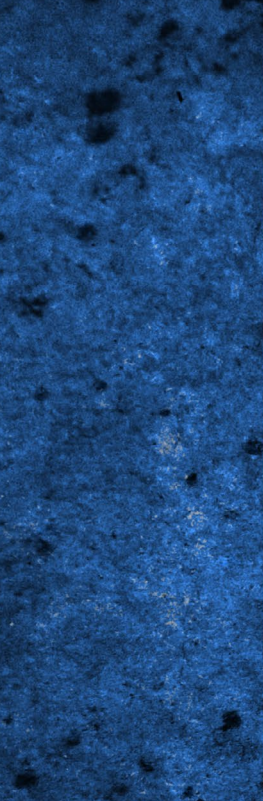
DIÁLOGO 2

**A gente (não) quer só política
de saúde bucal, a gente quer... .. 38**

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Sônia Cristina Lima Chaves



DIÁLOGO 3

**A prática odontológica
enquanto objeto histórico 67**

*Carlos Botazzo
Cristine Maria Warmling
Thais Regis Aranha Rossi*

DIÁLOGO 4

**As reformas da atenção primária
à saúde e as fragilidades
da saúde bucal coletiva
no enfrentamento da covid-19 112**

*Helenita Corrêa Ely
Carlos Pilz
Cristine Nobre Leite
Lilian Oliveira Magalhães
Valeska Madalozzo Pivatto*

DIÁLOGO 5

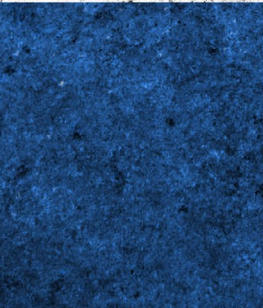
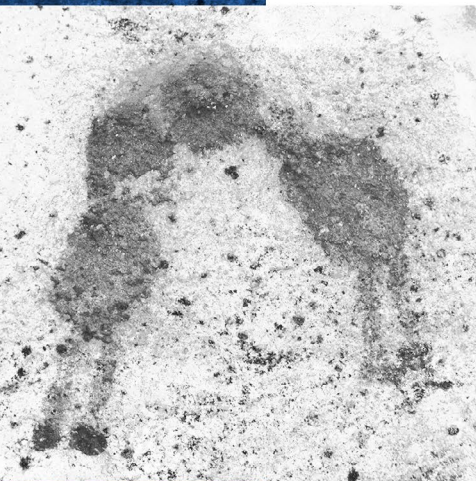
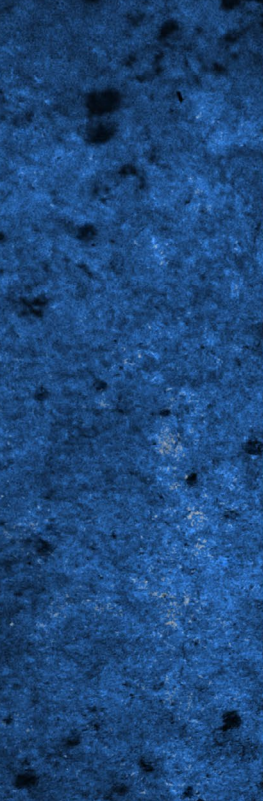
**SB Brasil 2020: história
temporariamente interrompida 147**

*Efigênia Ferreira e Ferreira
Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Antonio Carlos Pereira*

DIÁLOGO 6

**As desigualdades e vulnerabilidades
em saúde andam na boca do mundo 155**

*Márcia Pereira Alves dos Santos
Roger Keller Celeste
Júlio Renato Lancellotti
Helder Henrique Costa Pinheiro*



DIÁLOGO 7

As formações (im)possíveis

no SUS: o on-line

nos ressignificando e aproximando..... 181

Celso Zilbovicius

Danielle Tupinambá Emmi

José Ivo dos Santos Pedrosa

Luciane Maria Pezzato

Luiz Roberto Augusto Noro

DIÁLOGO 8

**Boca, câncer, subjetividades
ou de como Sigmund Freud
participou de pesquisa em saúde
coletiva nos anos 2000..... 215**

Carlos Botazzo

Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

Otacílio Batista de Sousa Néto

DIÁLOGO 9

**La salud bucal
en el afrontamiento de la covid-19
en países de nuestra América..... 259**

Paulo Capel Narvai

Alejandro D. Dávila

Andrea Muñoz Martínez

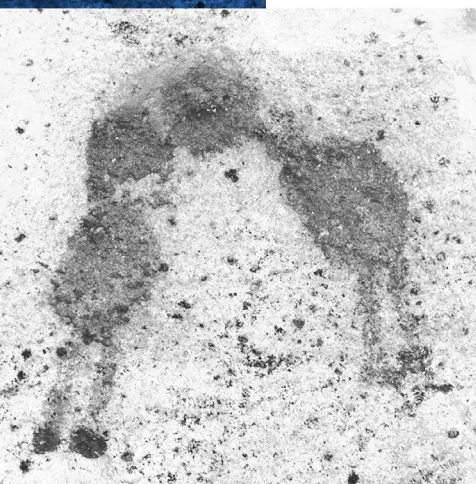
Carlos García Zavaleta

Marco Comejo Ovalle

Marco Manfredini

María Carolina Morales Borrero

Natalia Odeth Santos Madrigal



DIÁLOGO 10

**Aspectos políticos e sociais
da pandemia da covid-19
e o impacto na saúde bucal coletiva 291**

Samuel Jorge Moysés

DIÁLOGO 11

**O papel da saúde bucal coletiva
na vigilância e na atenção básica
à saúde frente à covid-19 313**

Paulo Frazão

Elisete Casotti

Daniel Noro de Lima

Paulo Capel Narvai

DIÁLOGO 12

**Gestão do trabalho e da educação,
organização política e proteção
do profissional de saúde bucal
frente à covid-19 331**

Daniela Lemos Carcereri

Sylvio Costa Júnior

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

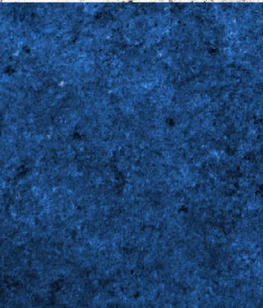
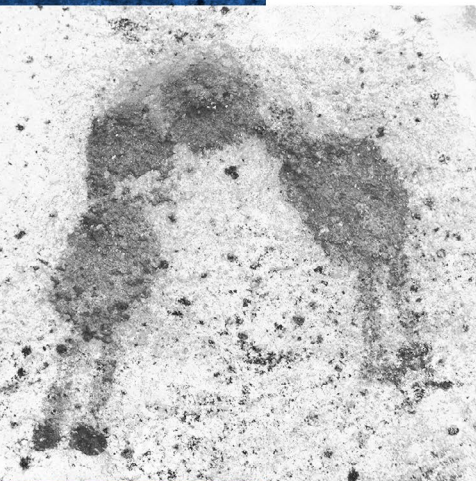
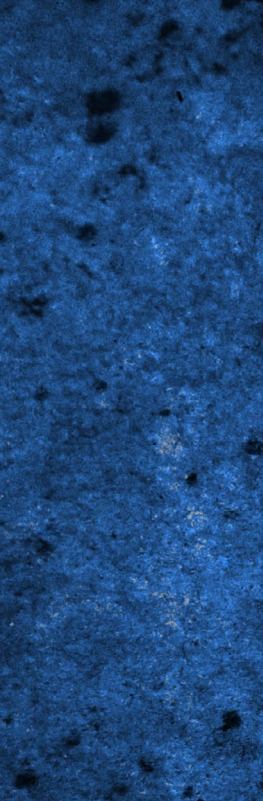
DIÁLOGO 13

**As caras e as máscaras
do cuidado em saúde (bucal) 358**

Fabiana Schneider Pires

Nelson Felice de Barros

Sharmênia de Araújo Soares Nuto



DIÁLOGO 14

**Epidemiologia e planejamento
como dispositivo político
em tempos da covid-19..... 377**

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Edgard Michel Crosato

Roosevelt Silva Bastos

DIÁLOGO 15

**Bocas, corpos e subjetividades
que envelhecem: como cuidar?..... 402**

Maria Gabriela Haye Biazevic

Alexandre Kalache

Kenio Costa de Lima

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Renato José De Marchi

Manoel Cavalcante de Sousa Castro

DIÁLOGO 16

**Diálogos emergentes sobre
cuidado e povos indígenas..... 439**

Ana Lúcia Pontes

Esther Jean Langdon

João Paulo Barreto

Luíza Garnelo

Rui Arantes

Maria Augusta Bessa Rebelo

Sobre os autores e as autoras..... 481

Índice remissivo..... 492

APRESENTAÇÃO

Otacílio Batista de Sousa Nétto

Sônia Cristina Lima Chaves

Cláudia Flemming Colussi

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Roosevelt Silva Bastos

Cristine Maria Warmling

**SERIA UM 'RILIZE', UM RELEASE
DOS DIÁLOGOS BUCALEIROS...
DE TODOS OS DIÁLOGOS
E DE TODAS AS ÁGORAS...**

AQUI E AGORA!

Há tantos diálogos

Diálogo com o ser amado

o semelhante

o diferente

o indiferente

o oposto

o adversário

o surdo-mudo

o possesso

o irracional

o vegetal

o mineral

o inominado

Diálogo consigo mesmo

com a noite

os astros

os mortos

as ideias

o sonho

o passado

o mais que futuro

Escolhe teu diálogo

e

tua melhor palavra

ou

teu melhor silêncio

Mesmo no silêncio e com o silêncio
dialogamos.

Carlos Drummond de Andrade

Diálogo, conversa, conversação, pressupõe boa vontade e disposição para colocar pensamentos e ideias em intermediação. A necessidade do diálogo se impõe de modo especial ao Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco), em um contexto de franca expansão da pandemia mundial da covid-19, que aprofunda a crise política e humanitária brasileira (ou seria o inverso?). Um diálogo que se proponha ao estranhamento do próprio núcleo e dos seus campos correlatos em nós entranhados. Que não tema se procurar no avesso, no outro lado do bordado ou do espelho, onde a imagem se forma invertida, desfocada, mas, ainda assim, com alma. Que não perca o humor, a leveza, o sabor de aprender, o paladar de um novo saber e, quem sabe, logo aqui compartilharmos um negro, fraterno e dilânico, amor. Mas não seria isso, diálogo, uma construção pedagógica, mas acima de tudo, política?

Diálogos Bucaleiros na Hora do Almoço ou, a pedidos, para não atrapalharmos a panela no fogo, a feitura do almoço, na Boca da Noite. Psicografou-nos o getista e a tessitura começou. O coletivo getista tornando-se artífice nas políticas de produção da comunicação e conexão de subjetividades, das unidades mínimas nas redes sociais em WhatsApp, contrapondo-se aos “gabinetes do ódio”, que nos sufocam tanto quanto ou mais que a covid-19. Em um movimento histórico de reconstrução da própria subjetividade do ser e do *ethos* getista da Abrasco, um diagnóstico (im)preciso: precisávamos como George Floyd¹ (2021), de ar; precisávamos respirar e, com o ar necessário, dialogar. Construímos então, coletiva e colaborativamente, os Diálogos Bucaleiros.

Bucaleiros, porque nos constituímos em uma possível vanguarda situada no “objetivo comum” daqueles que estão construindo uma ética

¹ George Floyd foi um afro-americano estrangulado por um policial branco, que ao abordá-lo ajoelhou em seu pescoço por supostamente usar uma nota falsificada de vinte dólares, em um supermercado de Minneapolis, em maio de 2020. Protestos contra o racismo eclodiram nos Estados Unidos e no mundo após sua morte.

e estética bucal própria e que tem agregado à luta política pela saúde bucal. Somos estes que recusam a saúde das bocas como mercadoria a ser vendida no mercado de trocas econômicas. Uma chamada está aqui expressa nestas linhas, nestes modos de visão do mundo social e do mundo da saúde bucal a nosso modo, próximo da saúde coletiva e ao avesso da odontologia. Uma chamada ao Direito à saúde bucal como direito de todos os seres humanos e de todos os brasileiros. Somos aqueles que, de algum modo, nos situamos na indignação contra nossas desigualdades, reveladas através das bocas.

Para iniciar os trabalhos, um abre alas da jovem guarda, logo vanguarda bucaleira, concebido para o Diálogo 1, em uma sapucaí imaginária, mas real e concreta como a fala: *O processo de trabalho na atenção primária em tempos de covid-19: indicadores (não recomendados?), bio(in)segurança, teleodontologia e a (indi)gestão do cuidado*. Uma pauta intencionalmente ampla que atravessa o campo político do trabalho; a impressão que a covid-19 impõe é, a la Bauman, Berman, Marx e Engels, que tudo que é sólido desmancha no ar. Sabíamos de antemão que os ponteiros caminhantes do relógio seriam nossos inimigos e que em apenas uma hora seria impossível dar conta de tantas contas, passar em revista tantas premissas, que somam ao perigo invisível do vírus. Os dilemas das assustadas equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Equipes em suspensão das suas atividades clínicas cotidianas e em reinvenção de seu trabalho, mas nosso(a)s três companheiros(as), cronologicamente os mais jovens do GT-SBC, apontaram criativamente possibilidades e deram visibilidade a uma nova cidade do pensamento, edificada durante o trabalho em progresso na pandemia, na melhor interface da academia com os serviços de saúde.

Mas, e se, no Diálogo 2, *“A gente (não) quer só política de saúde bucal... a gente quer...”,* o que mesmo que a gente quer? “Quer comida, diversão, arte, saída para qualquer parte, balé, a gente quer a vida

como a vida quer, prazer para aliviar a dor, comer, fazer amor, não quer só dinheiro, quer felicidade, quer inteiro e não pela metade". A gente quis o encontro das culturas, a intercultura, a gente quer *sumak kawsay* (bem viver), tomando como pano de fundo o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Com a timbragem brasileira, mediação mineira e falação nordestina (pernambuco-baiana), tivemos um panorama conciso, porém rico e oportunamente crítico do que foram os momentos de implantação e expansão da participação da saúde bucal coletiva na atenção primária em saúde brasileira e, agora, com melancolia, do que parece ser o seu ocaso, réquiem oficialmente planejado.

As ciências sociais e humanas estiveram em cena no Diálogo 3, *A prática odontológica enquanto objeto histórico*, para pensar o contemporâneo em sua crise constitutiva, a história que se impõe, não apenas como dispositivo de análise sociológica, mas dispositivo de constituição das próprias práticas sociais, colocadas em cheque frente a pandemia, em tempos de isolamento físico e produção de aerossóis, sua historicidade, sua clínica dente-restrita e sua não clínica, o que, afinal, forma a saúde bucal coletiva?

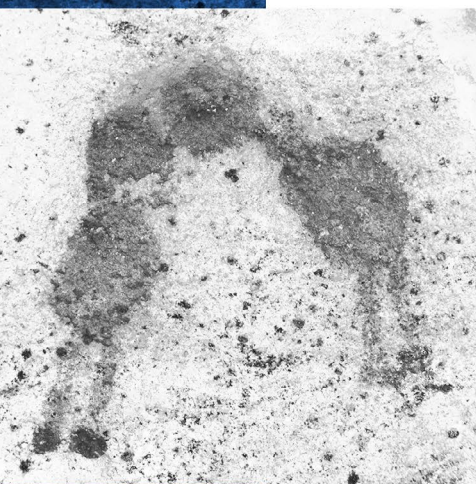
No Diálogo 4, *As reformas da APS e as fragilidades da saúde bucal coletiva no enfrentamento da covid-19*, em pauta a discussão do papel e da importância das práticas de saúde bucal coletiva na Atenção Primária à Saúde. É nosso chão, nossa questão, a produção de cuidado, mas, de fato, como isso tem sido e efetivamente se dado? Com a palavra, nossos trabalhadores de saúde bucal muitas vezes negligenciados nestes espaços e lugares de fala, seguida e colonialmente pela academia ocupados. No arco da conversa - do Rio Grande do Sul, passando por Santa Catarina, Paraíba, chegando ao Grão-Pará, histórias contadas por servidore(a)s municipais do setor saúde, suas peculiaridades, seus fazeres e suas dificuldades habilmente alinhavadas por uma professora e servidora estadual da

saúde por 30 anos. Capitais, litorais, sertões profundos e rios que são mar, experiências que puderam nos contar.

O Diálogo 5 nos conta sobre O *SB Brasil 2020: história temporariamente interrompida*, mas que ainda está sendo tramada, a covid-19 forçou apenas uma parada. *Epidemiologia, epidemiologistas...* e a capacidade da saúde bucal coletiva de produzir e interpretar dados, de gerar informação e conhecimento sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. *Epidemiologia, epidemiologistas...* confabulam com números, vivem de índices, indicadores, muitas vezes descritos em um dialeto-tecnoleto pouco acessível aos não iniciados, mas em tempos covid-19, mais do que nunca valorizados, pois são dessas realidades traduzidas em 'pês' e planilhas, que se transformaram e se transformam em grandes e necessárias políticas.

A vivência desse percurso bucaleiro nos conduziu ao esperado momento de dialogar sobre como a saúde bucal coletiva tem lidado com as vulnerabilidades humanas nos modos de nascer, andar a vida, adoecer e morrer. No Diálogo 6, *As desigualdades e vulnerabilidades em saúde andam na boca do mundo*, além de professores cirurgiões-dentistas, o Monsenhor Júlio Lancellotti e seu trabalho "humano, demasiado humano", à frente da Pastoral do Povo de Rua, na Paróquia de São Miguel Arcanjo, na Mooca em São Paulo. As desigualdades e vulnerabilidades humanas, sobretudo nas bocas, corpos e vidas maltratadas das pessoas em situação de rua, com sua dignidade e cidadania vilipendiadas; caminham juntas com o racismo, marca estrutural da sociedade brasileira ainda escravizada por suas iniquidades e o dilema da universalidade e da focalização das ações e serviços de saúde.

O Diálogo 7, *As formações (im)possíveis no SUS: o on-line nos resignificando e aproximando*, tratou da educação possível e impossível em tempos de pandemia, pandemência e de infodemia das comunicações virtualmente remotas. No desejo de uma



formação em saúde voltada para o SUS, diferentes educações em ação e questão: educação popular, educação permanente, educação interprofissional, educação em e na saúde, só possíveis diante de um trabalho colaborativo, a Integração Ensino-Serviço-Comunidade e outras chaves pedagógicas.

O Diálogo 8, *Boca, câncer, subjetividades ou de como Sigmund Freud participou de pesquisa em saúde coletiva nos anos 2000*, trouxe à tona vinte anos depois, o conteúdo e a forma de uma tese que não envelheceu, não envelhece, cotejada a partir do reencontro de seus dois autores. Texto escrito com os ditos de uma “live” iluminada, interditos e silêncios. Em pauta a discussão da clínica do texto, clínica aqui como prenúncio do encontro com o outro, clínica do outro, sua boca, seu câncer, sua subjetividade. Clínica do desvio e do acolhimento. Pela estrada, cidades: Natal, Campinas, São Paulo e Teresina, pontos de passagem e reflexão na elaboração de uma análise; uma temática tão necessária quanto negligenciada, nas empobrecidas clínicas formativas e do mundo do trabalho odontológico.

Mas, não poderia faltar, nesse conjunto de Diálogos Bucaleiros, o Diálogo 9 - *La salud bucal en el afrontamiento de la covid-19 en países de nuestra américa*, e com ele experienciar o diálogo com nossos *hermanos* latinos. Nós dialogamos em outras línguas, em espanhol, em castelhano, em portunhol. E vimos que muito tivemos e teremos para conversar e estender essas fronteiras bucaleiras, para conhecer o que ali se faz, para compreender “as veias abertas da América Latina”.

E então os Diálogos Bucaleiros se ampliaram e invadiram a programação das Ágoras da Abrasco, com licença, mas temos um amplo tema para abordar e contribuir, “*Os desafios da saúde bucal coletiva frente a covid-19*”, e os três próximos diálogos se compuseram por meio dele.

O Diálogo 10 passou pelos *Aspectos Políticos e Sociais da Pandemia da covid-19 e o impacto na Saúde Bucal Coletiva* a partir da realidade brasileira e da peculiaridade de seus pactos sociais, que mudam, para não sairmos do lugar, em uma nova ordem mundial, sempre fora da ordem, a presença do modo contínuo da desordem civilizatória brasileira. Da queda da Bastilha à densidade reflexiva do nosso bucaleiro consagrado em Curitiba, colocando em pauta as revoluções da web e suas consequências, o *sapiens* e o *demens* coabitando corpos, corações e mentes, afetos de vidas distópicas em nós e ao largo. A proposição irônica de um pacto de reconciliação, mas a impossibilidade de dizer sim, a não engenharia, a demolição, a destruição de seres humanos e instituições. É, a pandemia constata, mas não é só a pandemia, retrata. Na saúde bucal coletiva, palavras de ordem-desordem: adiamentos, desfinanciamentos, descompromissos, secundarizações e, como contraponto, um campo concreto que se constitui em práticas, interesses, disputas e narrativas. Aprendamos.

O Diálogo 11 descreve *O papel da Saúde Bucal Coletiva na vigilância e na atenção básica à saúde frente à covid-19*. A covid-19 agravou uma crise sanitária que se iniciou com a onda conservadora que temos assistido há alguns anos, com enormes desafios, também para a saúde bucal coletiva. A descoordenação das políticas de vigilância epidemiológica e sanitária presenciadas, impedem a adoção das medidas de contenção da doença e de distanciamento social. Tudo isso tem elevado o patamar de casos e óbitos. Para superar os desafios, a saúde bucal coletiva no SUS precisa contribuir, articulando melhor as ações de vigilância da saúde bucal junto às de vigilâncias epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador e ambiental.

E, por último nessa tríade da Ágora, mas não por fim, o Diálogo 12 aborda a *Gestão do trabalho e da educação, organização política e proteção do profissional de saúde frente à covid-19*, destaca o acúmulo do movimento da saúde bucal coletiva, desde o seu início até os dias

atuais e como isso é aplicado no enfrentamento à pandemia, “apesar dos pesares” do cenário sócio-político-econômico nacional, a partir de algumas experiências desenvolvidas no contexto dos serviços, além de abordar os desafios trans/pós pandêmicos para o mundo da educação e trabalho. Ademais, aponta para imprescindíveis questões a respeito da organização política e da proteção do profissional de saúde bucal e convoca todos à mobilização e à luta em defesa do SUS.

O Diálogo 13 intitulado *As caras e as máscaras do cuidado em saúde (bucal)* abordou o problema, a partir de leituras propriamente bucaleiras e também sócio+lógicas. Do que mesmo falamos, quando conversamos sobre o cuidado? A produção do cuidado em saúde bucal, entre poderes e saberes, é uma *práxis* transformadora que conduz do encontro ao vínculo, em uma profissão que parece nascer com dificuldade de cuidar e, parece ser convidada a inserir em suas práticas, a complexidade contida e envolvida nas bocas. E, por fim, mas não por último, a provocação sobre um cuidado que emancipa, híbrido de informalidade e clínica biomédica, com orientação ético-política processual da heteronomia para a autonomia.

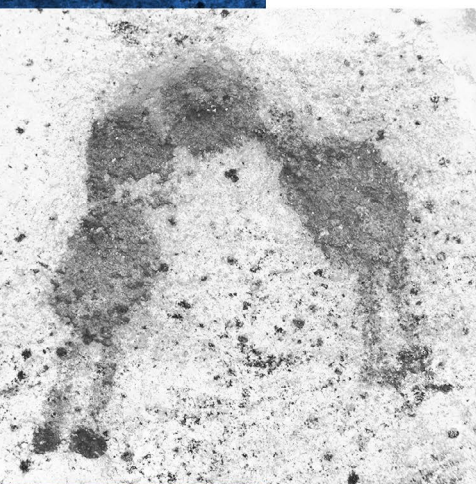
Políticas públicas devem ser implementadas com base em evidência científica, portanto o Diálogo 14 - *Epidemiologia e planejamento como dispositivo político em tempos de covid-19*, discorre e discute as estratégias adotadas e a epidemiologia, valorizando o contexto histórico brasileiro de construção do SUS, um sistema de saúde pública universal que tem possibilitado o enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil.

Em tempos pandêmicos torna-se agigantado o desafio de alcançar a integralidade no cuidado à saúde. O papel do SUS, nesses tempos, expõe com maior clareza seu caráter ético plural e a enorme responsabilidade de operar linhas de cuidado, pressupondo a acolhida das complexidades humanas em suas vulnerabilidades. Nessa conjuntura, nos perguntamos, como se percebe socialmente a

importância da saúde bucal coletiva? Como galvanizar o interesse social pela bucalidade, como mediadora de relações múltiplas e implicadas que envolvem a linguagem, o afeto, a arte, a erótica, a função primordial básica da alimentação? Como a saúde bucal coletiva se torna urgência em tempos da covid-19, especialmente para pessoas e populações fragilizadas, tais como, idosos, indígenas, quilombolas, do campo, ribeirinhas, encarceradas, em situação de rua, migrantes, LGBTQIA +, sendo que, agora, só se atendem as urgências das bocas?

E assim, quase finalizado esse ano de 2020, que não terá fim, em um esforço de colaboração e parceria que permitiu ao GT-SBC/Abrasco abordar problemas contemporâneos do seu núcleo interagindo com outros Grupos Temáticos, o GT Envelhecimento e Saúde Coletiva e o GT de Saúde Indígena, propusemos duas Ágoras em formato Diálogos Bucaleiros e aqui apresentamos o Diálogo 15 – *Bocas, corpos e subjetividades que envelhecem: como cuidar?* e o Diálogo 16 – *Diálogos emergentes sobre cuidados e povos indígenas*.

A observação atenta do quadro de progressão da pandemia no Brasil sugere que pouco mudou a realidade pré-pandêmica em que já vivíamos, imersos socialmente e politicamente em inúmeras contradições e dilemas mal resolvidos. O panorama economicista da austeridade e da redução do papel do Estado e da força pública de trabalho dominando o discurso político, com o exercício de um poder governamental que detém o monopólio da força coercitiva e da violência simbólica, por exemplo, estabelecendo processos “gerencialistas” tecnocráticos, com sistemas de avaliação baseado em indicadores numéricos e de contagem de procedimentos. Na saúde bucal, com a contagem do número de escovações dentárias..., assim nos medimos? E como ficam, por exemplo, os idosos necessitados de cuidados continuados em função de suas dores, problemas adaptativos de próteses, edentulismo, prejuízos na ingesta alimentar por problemas bucais, manifestações bucais de doenças crônicas, disfunções articulares e glandulares, quadros oncológicos, isolamento afetivo, dificul-



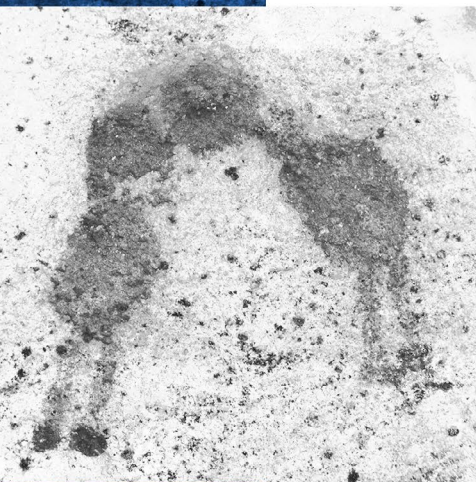
dades nas funções diárias, impedimentos comunicativos, déficits de socialização, sofrimento mental, perda de memória, angústias com o tempo e com a perspectiva da morte?

Como e por onde andam as práticas autonomizadoras e a construção de subjetividades de nossas equipes – milhares de unidades alocadas nas redes de saúde do SUS? Sabemos de algumas de suas práticas usuais, virtuosamente herdeiras históricas de um amplo movimento instituinte e instituído do SUS, mas também repletas de contradições e “contaminações” formativas e de ideologia profissional seduzida pelo mercado.

A Política Nacional de Saúde Bucal, por um tempo, gerou dispositivos que articulam de modo estratégico a clínica ampliada na rede de atenção à saúde pautada no conceito de saúde-doença-cuidado, com ação territorializada, fomentando o estabelecimento de vínculos, a corresponsabilização e a autonomia das pessoas. Questiona-se, contudo, de que modo protagonizamos nosso papel defendido desde a Reforma Sanitária Brasileira e como tem sido possível operacionalizar a bucalidade humana em sua trajetória de conquista de mais saúde?

Considerando, portanto, as macro e as micropolíticas; as necessidades de vigilância e intervenção dialógica nos territórios vivos, as ações ambulatoriais e hospitalares especializadas, com ações assistenciais em suas lógicas biomédicas; a promoção da saúde e prevenção de doenças, que alcança a clínica ampliada, passando pela participação e educação popular e permanente, sim, buscamos transversalizar a saúde bucal coletiva em todo o espectro das redes de atenção à saúde e nos projetos terapêuticos singulares que possam refletir a cultura sanitária do SUS.

Aqui, em tese, terminamos o livro, mas os desafios, vivos, permanecem. O desafio posto e proposto na Reforma Sanitária Brasileira:



o SUS, este que já é, e o seu devir, logo ali no horizonte; o desafio de (re)nascer, não na quarta-feira de cinzas de um carnaval qualquer, mas todo dia, quando 'o sol levanta e a gente canta o sol de todo dia'. 'Só faltava respirar, todo dia'. E se em diálogos, assim plurais mantiver-mo-nos, teremos em construção, o caminhar da esperança de mudanças que não cessam, não cessarão, abstratas e concretas, rumo a um futuro menos sombrio, mais generoso com a natureza e a humanidade que há em cada um de nós e no outro, humanidade que hoje amarga as escolhas pouco conscientes e até inconsequentes que historicamente temos feito. Cuidado redimensionado com os nossos eleitos de ontem e de sempre. A colheita antecipa-se e anuncia-se inevitável, mas o que plantarmos agora, dialogaremos no presente-futuro.

Quais serão nossos diálogos de amanhã?

Com o grafismo simbólico e rupestre do beijo primordial representado nos sedimentos de arenito dos paredões localizados no Parque Nacional da Serra da Capivara, em São Raimundo Nonato-PI, berço do homem americano, nos apresentamos e nos despedimos, e convidamos todos à fruição da leitura do que foi carinhosamente dialogado em 2020, transcrito, reconfigurado, na busca perene e incessante do humano por novas aproximações e significados, portanto, diálogos.

Brasil, dezembro de 2020, o ano da pandemia.

1

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Rafael Gomes Ditterich

Renata Goulart Castro

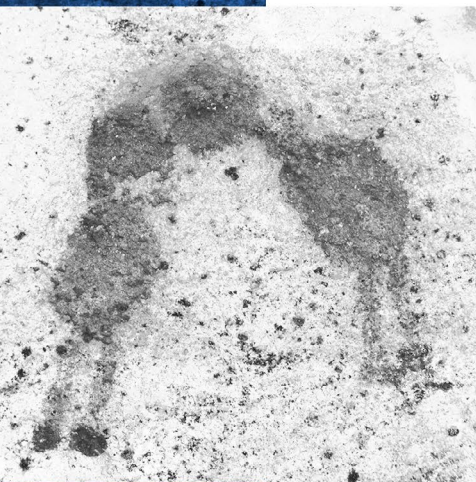
O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TEMPOS DE COVID-19: INDICADORES (NÃO RECOMENDADOS?), BIO(IN)SEGURANÇA, TELEODONTOLOGIA E A (INDI)GESTÃO DO CUIDADO

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991.27-37

INTRODUÇÃO

O primeiro encontro do “Diálogos Bucaleiros” ocorreu no dia 11 de junho de 2020 e foi a experiência inicial do Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco) nas chamadas “lives”, apresentações remotas via “streaming”¹, que se consolidaram nesse período da pandemia da covid-19. Essa forma de comunicação e de socialização de informações tem permitido a aproximação da academia, profissionais de saúde e população em geral na discussão de temas emergentes da área da saúde coletiva e, em nosso caso específico, nos temas da saúde bucal coletiva, possibilitando levar informação de qualidade baseada em evidência científica aos interessados.

A organização desse encontro abordou os principais assuntos que estavam, naquele momento, sendo discutidos nas redes sociais e outros fóruns de profissionais, e representavam os desafios dos cirurgiões-dentistas na organização do processo de trabalho na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) nos primeiros meses da quarentena imposta pela necessidade do distanciamento social. Foram eles a gestão do cuidado em saúde bucal, a teleodontologia, aspectos de biossegurança e os indicadores para acompanhamento e monitoramento da saúde bucal no SUS. A intenção foi proporcionar a aproximação e reflexões iniciais sobre esses temas para, em futuros encontros, proporcionar o aprofundamento de questões específicas.



SUMÁRIO

¹ O “streaming” é a tecnologia de transmissão de dados pela internet, principalmente áudio e vídeo, sem a necessidade de baixar o conteúdo. O arquivo é acessado pelo usuário online. O detentor do conteúdo o transmite pela internet e esse material não ocupa espaço no computador ou no celular do usuário.

A PANDEMIA PODE SER UMA JANELA DE OPORTUNIDADE PARA UM REPENSAR O PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE BUCAL NO SUS?

Fernanda Campos de Almeida Carrer

A pandemia e suas diversas faces configuram séria crise à humanidade e grande desafio aos sistemas de saúde ao redor do mundo, incluindo a América Latina, de modo geral, e o SUS, em particular. O esforço conjunto do Núcleo de Evidências e análises econômicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) (disponível em: <https://sites.usp.br/eviporalhealth/#>) e do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal (disponível em: <https://sites.usp.br/eviporalhealth/iberoamericanoralhealth/#>) possibilitaram maior cooperação e troca de informação entre os países e a organização e disponibilização de tais informações em uma única fonte. Traduzimos manuais, realizamos encontros e debates, de modo que a informação pudesse circular e estar disponível para quem toma decisão.

No que tange aos esforços locais para apoio ao estado de São Paulo, o novo coronavírus, por suas características de infecção e transmissibilidade, impôs dificuldades adicionais ao processo de trabalho consolidado socialmente do Cirurgião Dentista (CD) e exigiu grande esforço na busca de soluções de biossegurança e de novos modelos de trabalho.

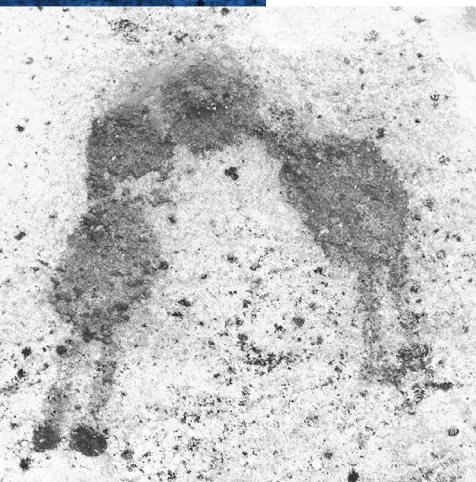
Construímos de forma colaborativa, durante os ambulatórios virtuais, apoiados nas melhores evidências sintetizadas, em meio aos debates semanais, desde o primeiro documento oficial de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos no estado (SÃO PAULO, 2020a) até

os protocolos de normas que foram sendo divulgados com o passar do tempo e as mudanças no perfil epidemiológico (SÃO PAULO, 2020b). O destaque deste processo deve se dar ao fato da condução dos gestores locais, com total apoio da coordenação de saúde bucal e da atenção básica do estado de São Paulo e sempre observando as melhores evidências. Observou-se um processo inovador de educador permanente, ágil e dinâmico, que aproximou sobremaneira nosso grupo de pesquisa do serviço como nunca havia ocorrido.

Alguns pontos merecem destaque—como a incorporação da filosofia da “mínima intervenção” nos protocolos e nas normas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Outro destaque deve ser dado à teleodontologia, desde as regulamentações do Conselho Federal de Odontologia 226 e 228 de 2020 (CFO, 2020a; CFO, 2020b) que, em última análise, permitiram, no âmbito do SUS, a realização da odontologia à distância, mediada por tecnologia. A SES/SP tem feito grande esforço para implementar este recurso na rede de atenção à saúde bucal do estado e o desenvolvimento da Video for Health (V4H), plataforma de cuidado remoto em saúde, apoiada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) tem sido um grande diferencial deste processo.

Com o passar dos meses foram surgindo evidências claras que o (des)cuidado em saúde bucal precisava sofrer intervenções e que grupos específicos estavam sendo sobremaneira afetados, dentre eles os pacientes com câncer de boca (CUNHA, 2020), além de pacientes com necessidades especiais (PICCIANI, 2020).

A importância da relação ensino-serviço-comunidade efetiva deve ser pautada não só na tradução passiva do conhecimento, mas na transferência desses saberes e na construção de espaços produtivos de troca para possibilitar a implementação de práticas, programas e políticas públicas pode ser um legado desta pandemia. Nunca ficou tão clara a distância entre o “saber”, produzido nas academias, e o “fazer”,



do dia a dia dos sistemas e serviços de saúde. Temos que construir pontes e derrubar os muros que nos separam. Temos que abandonar a arrogância da academia e compreender que o conhecimento científico só tem uma função: servir à realidade e transformá-la em algo melhor.

Precisamos repensar nossas estratégias de educação permanente, sermos mais ágeis, mais flexíveis, menos acadêmicos e capazes de adaptar conteúdos e formatos às necessidades impostas pela realidade. É possível que formas tradicionais de cursos, palestras e treinamentos precisem ser revistas. A evolução das tecnologias digitais de comunicação e informação nos permite inovar e rever processos e métodos para atender as demandas cada vez mais urgentes e inesperadas nos sistemas de saúde. Os processos de tradução, transferência e troca de conhecimento terão que ser igualmente repensados, sem perdermos o rigor científico; teremos que acelerar processos em um mundo em rápidas e surpreendentes transformações.

O desafio está lançado... a pandemia desnudou nossas fragilidades e abriu janelas de oportunidade que não podemos permitir que se fechem sem que haja mudanças profundas na relação ensino-serviço-comunidade.

ASPECTOS REFERENTES AO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS TEMPOS DE PANDEMIA

Rafael Gomes Ditterich

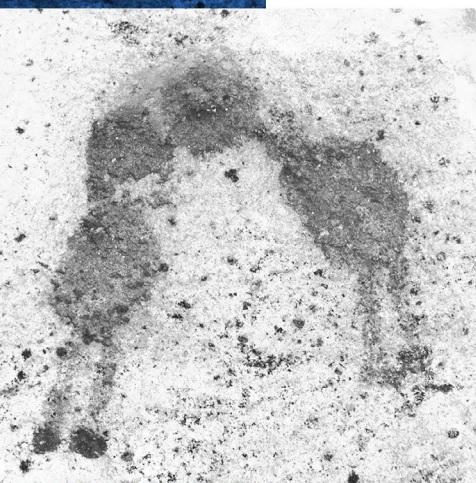
Gostaria de destacar que os profissionais de saúde bucal, em algumas situações, encontraram-se desamparados para sua atuação no período que estamos vivenciando.

Há relatos de profissionais que estão na linha de frente (na abordagem, no acolhimento/triagem, na testagem rápida), outros deslocados para outras ações como vacinação, rodízio acontecendo entre cirurgiões-dentistas no atendimento e a maioria atendendo somente urgências odontológicas.

Percebeu-se, no entanto, descaso e inércia nas orientações da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que se refletiram na organização das coordenações estaduais. Muitas delas permaneciam alheias à situação dos profissionais de saúde nos municípios. Os cirurgiões-dentistas (CD), técnicos de saúde bucal (TSB) e auxiliares de saúde bucal (ASB) foram condicionados as decisões da gestão municipal ou ainda da gestão dos serviços aos quais estavam vinculados, como das Organizações Sociais na Saúde (OSS) e Fundações Estatais. Em especial, nestas situações, os profissionais que já apresentavam vínculos frágeis se sentiam ameaçados, já que as OSS e Fundações questionaram sobre a forma de atuação das equipes ou até mesmo aventando a possibilidade de colocá-los à disposição devido a suspensão dos atendimentos odontológicos.

Vale lembrar que a saúde bucal no SUS não se limita aos atendimentos ambulatoriais, na produção de “falsos” indicadores de produção e no cumprimento do número de consultas parametrizadas por turno e/ou total de procedimentos ambulatoriais produzidos diariamente. Devemos romper com essa lógica perversa e distorcida dos gestores dos serviços odontológicos no SUS. Pensar em qualidade, no planejamento e também na avaliação de todas as ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde desenvolvidas pelas equipes de Saúde Bucal (ESB).

Muitos são os relatos de precarização do processo de trabalho em Saúde Bucal, tornando-o cada vez mais evidente. Vale ressaltar uma primeira inquietação sobre a importância e protagonismos dos profissionais de saúde bucal nos conselhos locais e municipais,



destacando: Será que os profissionais da nossa área participam desses espaços de debate fundamental na defesa da saúde bucal?

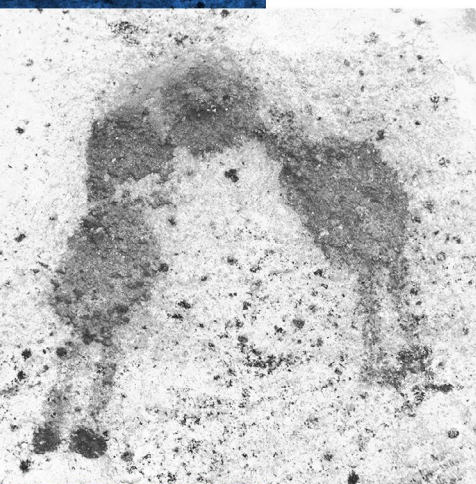
Como destacado pela professora Ligia Giovanella (ABRASCO, 2020) em uma das “lives” da série da Ágora da Abrasco:

“A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel essencial no enfrentamento do covid-19 e na continuidade do cuidado frente e pós pandemia. É fundamental identificar os diferentes contextos e faz-se necessário aliar o cuidado individual ao coletivo, o cuidado oportuno e de qualidade atrelado a toda a rede de atenção à saúde, ativando atributos comunitários, aliados às diferentes entidades sociais nos territórios” (ABRASCO, 2020).

A saúde bucal é chamada a resgatar seu protagonismo na APS, não se reduzindo ao registro e a produção de procedimentos ambulatoriais. Temos sim, que aprender a trabalhar em equipe multiprofissional, no território, com diferentes programas e não se limitar a população de escolares. Resgatar também a importância do protagonismo dos profissionais de saúde bucal na vigilância em saúde bucal e na educação permanente relacionada a temática de saúde bucal aos demais profissionais de saúde.

Outro destaque se faz necessário: será que a odontologia não teria que avançar além dos muros da Unidade Básica de Saúde (UBS)? Aqui novamente emerge a questão da produção com foco em procedimentos em detrimento de cuidado e qualidade na atenção, explorando cada vez mais ação individual. Sabemos que as equipes de Saúde Bucal se encontram em diferentes contextos nos municípios brasileiros e alguns deixaram de atuar mais efetivamente no território, permitindo que a gestão municipal e até por opção pessoal de alguns profissionais, despreze ou não realize a visita domiciliar.

Esse momento de pandemia é também um período de reflexão. Dois anos atrás, com as mudanças apresentadas na nova Política Nacional de Atenção Básica: caso o gestor municipal resolvesse descreden-



ciar ou não mais investir na atenção à saúde bucal, quais argumentos as equipes de Saúde Bucal teriam e poderiam apresentar à gestão municipal para a defesa da continuidade das ações de saúde bucal?

Novamente devemos destacar que os profissionais de saúde bucal estão exacerbados em produzir consultas, por uma cobrança institucional, e possuem dificuldades principalmente em relação a falta de tempo para planejar e avaliar as ações realizadas. Essas ações são fundamentais para a discussão sobre o processo de trabalho em Saúde Bucal. O profissional que realiza a mesma ação de prevenção em saúde bucal nas escolas há 10 anos sabe quais os resultados em saúde alcançados? Que impacto teve na saúde bucal desses escolares? Esses questionamentos reforçam a necessidade do resgate do processo de avaliação em saúde pelas ESB.

E qual o papel da integração ensino-serviço-comunidade nesse processo? Existe a necessidade de pensarmos em formar um novo profissional de saúde nos Centros e Escolas de Educação Profissional para TSB e ASB, nos cursos de odontologia. Sabemos que o contexto da pandemia acelerou o processo de incorporação do uso de tecnologias como a teleodontologia, bem como, a necessidade de pensar na educação interprofissional e colaborativa.

SÍNTESE FINAL

Ao fim deste capítulo entende-se que a saúde bucal deve buscar novos horizontes para aprender a atuar de forma multiprofissional no território e na vigilância em saúde. A educação permanente também terá que ser valorizada e repensada, com a oferta de cursos de qualificação para os profissionais que atuam na APS, destacando o protagonismo destes nesse processo na construção de novos caminhos pós-pandemia.

A pandemia da covid-19 tem trazido grandes desafios para a humanidade, torna muito visível o aprofundamento das desigualdades sociais no atual mundo globalizado. Num momento de crise, onde evidencia-se a polarização política dividindo as sociedades e transformando discussões técnicas em discussões ideológicas, perde-se tempo e se coloca em risco o processo civilizatório.

Na atenção à saúde bucal, a situação imposta determina cautela na organização do processo de trabalho. O risco de contaminação e disseminação impostos pela forma de propagação do SARS-CoV-2 é grande. Diretamente a contaminação pode se dar de pessoa a pessoa ou pelo contato desta com uma superfície contaminada por gotículas de saliva, aerossóis respiratórios, ou ainda pelos aerossóis produzidos artificialmente. Tem-se na realização da assistência odontológica, que acessa diretamente a cavidade bucal, a possibilidade, além da geração de aerossol natural pela respiração, a geração por equipamentos odontológicos, principalmente canetas de alta rotação.

Apesar de todo o avanço conquistado a partir da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (2004), a atenção à saúde bucal vem sofrendo ameaças sucessivas desde 2016 e com isso o processo de trabalho das ESB, que ainda não estava consolidado, acaba por regredir no sentido de voltar-se a prática assistencial curativa, deixando em segundo plano as demais estratégias preconizadas na Estratégia de Saúde da Família. Este apresenta-se como um risco já que se pauta pela produtividade de procedimentos e não pelo cuidado à saúde bucal da população.

Outras dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde bucal durante os meses iniciais da pandemia puderam ser levantadas. A dificuldade da inclusão efetiva no trabalho das equipes de saúde das Unidades Básicas, ou seja, a participação nas ações diretas para manejo da covid-19 nas unidades. Além disso, a dificuldade dos próprios serviços de saúde de chegarem até a população, a situação de

estresse pelo medo de contaminação e a perspectiva da manutenção da atenção à saúde bucal diante do quadro de restrições.

A necessidade do distanciamento social, uma das únicas estratégias para a mitigação da crise sanitária que estamos enfrentando, impôs a necessidade de apreensão de novos conhecimentos em tecnologia digital de comunicação e informação, em um curto espaço de tempo. Desta forma, possibilitou-se o intercâmbio entre os profissionais da saúde e áreas afins, e desses com a população. As apresentações em tempo real, via internet, se popularizaram e grande parte dos registros das perspectivas de enfrentamento podem ser acessados a todos que dispõem de conexão à rede. Somado a isso, a possibilidade de um maior conhecimento e uso das ferramentas de telessaúde e teleodontologia tem possibilitado a retomada de ações específicas em saúde bucal e educação permanente dos profissionais.

O conhecimento acumulado em menos de um ano a partir do primeiro registro da covid-19 surpreendeu por sua quantidade e rapidez de desenvolvimento. Esta pesquisa sugere, entretanto, que não seja esquecido todo o sofrimento desses profissionais, não apenas pelo aumento na sobrecarga de trabalho de todos os envolvidos, mas também por todas as vidas perdidas no mundo vítimas da covid-19.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Como a APS está enfrentando a pandemia de covid-19 no Brasil? *Colóquio da Ágora ABRASCO*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ICJhe3SIHil>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 64 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.

CFO, *Resolução 226*, de 04 de junho de 2020. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. 2020a. Acesso em: 27 abr. 2021.

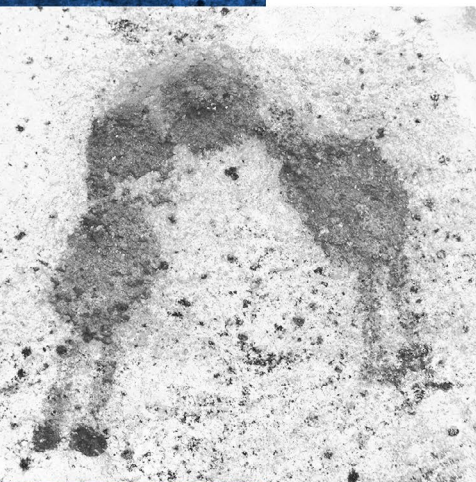
CFO, *Resolução 228/2020*. Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020.2020b. Acesso em: 27 abr. 2021.

DA CUNHA, A. R.; ANTUNES, J. L. F.; MARTINS, M. D., PETTI, S.; HUGO, F. N. The impact of the covid-19 pandemic on oral biopsies in the Brazilian National Health System. *Oral diseases*, p.1-4. 2020.

PICCIANI, B. L. S.; BAUSEN, A. G.; DOS SANTOS, B. M.; MARINHO, M. A.; FARIA, M. B.; BASTOS, L. F.; DZIEDZIC, A. The challenges of dental care provision in patients with learning disabilities and special requirements during covid-19 pandemic. *Special Care in Dentistry*, v.40, n.5, p. 525-527, 2020 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32614970/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SÃO PAULO. Decreto nº 64.879, DE 20 DE MARÇO DE 2020 que reconhece o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do covid-19, que atinge o Estado de São Paulo, e dá providências correlatas. 2020a. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/decretos-64879-e-64880.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Medidas de prevenção e controle de Infecção na assistência à saúde: orientações para a organização das ações em saúde bucal APS e Centro de Especialidade Odontológica. 9p. 2020b. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid2603_orientacoes_bucal_coe.pdf. Acesso em: 13 dez. 2020.



2

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Sônia Cristina Lima Chaves

**A GENTE (NÃO)
QUER SÓ POLÍTICA
DE SAÚDE BUCAL,
A GENTE QUER...**

APRESENTAÇÃO

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Para debater o tema “A gente não quer só política de saúde bucal, o que é que a gente quer?”, inicialmente gostaríamos de abordar duas questões básicas: a) a primeira questão se refere à conjuntura atual. Desde que houve a imposição do governo Michel Temer em 2016, o Brasil fez uma clara opção através dos seus projetos pelo neoliberalismo discricionário. Não vou aqui discorrer sobre o neoliberalismo discricionário, mas apenas apontar uma de suas principais características, que é de considerar as políticas públicas relevantes, as políticas sociais, como gastos, incluído o próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Isso para o neoliberalismo é algo que significa uma perda de recursos e que deve ser encaminhado para a privatização e ainda mais agravada essa situação com a aprovação da Emenda Constitucional n. 95 em dezembro de 2016 (BRASIL, 2016), que na verdade tem significado uma morte lenta para o SUS e para todas essas políticas.

Então, é nesse espaço de um neoliberalismo que não aposta nos direitos, que não aposta nas conquistas, que alcançamos algumas vitórias a partir da Constituição de 1988. Hoje temos uma Política Nacional de Saúde Bucal, que nasceu numa outra dimensão e hoje sofre com os efeitos das políticas racionalizadoras, em função do neoliberalismo discricionário. Então esse é um pano de fundo para os momentos atuais da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

E gostaria de trazer um segundo aspecto, que é conceitual. Volto também à Constituição de 1988, onde o SUS foi concebido com o conceito do movimento de promoção da saúde. Este é o conceito ampliado de saúde em que ele reforça a questão da saúde como direito; reforça o papel do Estado como provedor das políticas públicas

que possam garantir qualidade de vida, que significa a possibilidade de menor adoecimento da população, menor vulnerabilidade e menor exposição aos riscos. A partir disso, algumas propostas importantes como na Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família vêm reforçar esse conceito com a possibilidade de práticas que aproximem as equipes entre si e com os territórios em que trabalham. A partir dessa compreensão esperamos que exista uma concepção de modelo, por meio do qual as pessoas compreendam que o modelo que regem o SUS, que regem a Política Nacional de Saúde Bucal, esteja em acordo com esse conceito ampliado de saúde e com as práticas propostas tanto para a Atenção Primária, quanto pela Estratégia de Saúde da Família. Logo perguntaríamos: Que processo de trabalho a gente tem encontrado atualmente na organização da rede de saúde bucal no Brasil? Ele está ligado a qual concepção de saúde? Qual é a compreensão do modelo que temos hoje embora ele seja proposto pela política? Qual é o processo de trabalho que revela esse modelo para todos nós nesse momento? Então, a partir desse pequeno preâmbulo, duas abordagens serão apresentadas.

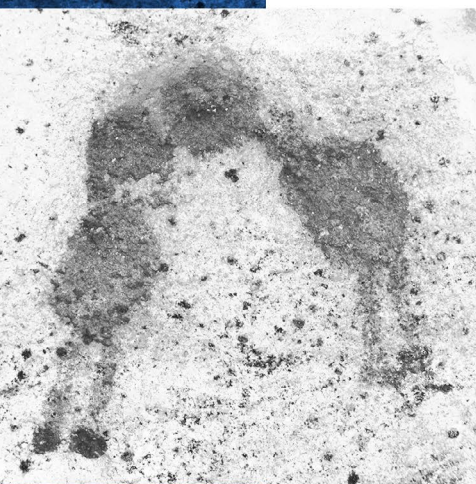
A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL E A PRÁTICA PROFISSIONAL

Sônia Cristina Lima Chaves

O primeiro ponto para buscar respostas às questões apontadas por Marcos Werneck é pensar que somos dentistas. Neste sentido, compartilhamos interesses em comum, uma *illusio*, ou seja, é um conceito que se refere a ideia de investimento, onde todos nós ou a maioria tem interesse profundo nesse jogo. A gente morre e mata pelo jogo (BOURDIEU, 2011), então esse é um ponto principal, um pressuposto que faz com que estejamos refletindo sobre essas coisas, nesse momento, que é um momento bastante grave para todos nós.

Então vou tentar trabalhar argumentos em três eixos: 1) a discussão da odontologia em outros países e no Brasil, 2) as lições aprendidas nos caminhos dessa *policy* bucal da ação concreta do Estado e, por fim, 3) discutir algumas possibilidades de subversão nesse espaço, os graus de liberdade, a partir da teoria dos campos de Pierre Bourdieu (1983).

Contudo, previamente, gostaria de trazer o Achille Mbembe, filósofo camaronês com uma contribuição notável para área de política, é o que ele denomina necropolítica, ou seja, a ideia de que é o Estado que determina quem morre e quem vive (MBEMBE, 2018). A aproximação com nossa área é clara, por exemplo, com a necrose pulpar, a morte pulpar, a morte dental, que é o nosso modo de produzir uma subjugação e dominação sobre os corpos, de um controle sobre os corpos através da mutilação dental. Então Aquiles Mbembe, quando propôs esse conceito, tentou ir além do conceito do controle dos corpos do filósofo francês Michel Foucault (FOUCAULT, 1996). Nesse sentido, devemos refletir muito sobre isso, coordenadores estaduais e municipais de saúde bucal, cirurgiões-dentistas na assistência e pesquisadores. Devemos analisar que mesmo nosso último Inquérito em 2010 (BRASIL, 2012), que já revelou avanços em termos de melhoria de alguns indicadores, aponta um problema grave dessa ausência de dentição funcional em 1/4 da população. Entre as mulheres negras e pardas de menor escolaridade é muito grave (PERES *et al.*, 2013). Isso é muito mais grave também na população idosa e muito similar ao último Inquérito Nacional de Saúde Bucal de 2003 (BRASIL, 2004). Lembrando que Profa. Efigênia Ferreira da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais) tem cumprido um papel fundamental na coordenação do SB Brasil 2021-2022. Dentro dessa perspectiva, analisar também que somos mais de 335 mil cirurgiões-dentistas atualmente, com cerca de 412 Faculdades de Odontologia em funcionamento, sendo que 70-75% delas são Faculdades privadas. Elas são a grande maioria hoje. Então, o termo perda dental é um termo euro-centrado em si mesmo, portanto leva um sentido da dominação. Creio necessário mudar para



uma perspectiva de mutilação dental, de necrose pulpar e dental, no sentido mais grave. É preciso uma grande reflexão (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e da atenção à saúde bucal entre 1990-2020.

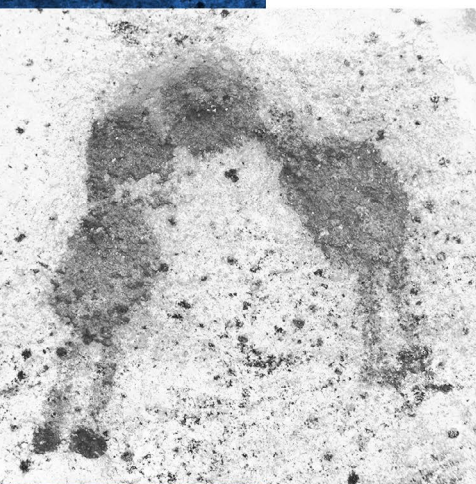
Indicadores	Anos			
	1990	2000	2010	2020
População^a	147.593.859	170.143.121	190.755.799	210.147.125
Educação formal^a				
%>7 anos	19,6	37,5	47,0 (2008)	60,8(2015)
%>10 anos	17,8	21,7	30,1	42,6(2015)
%Analfabetismo > 15 anos	20,1	13,6	10,0	8,5
Distribuição de Renda^a				
Índice de Gínia	0,64 (1991)	0,56 (2001)	0,55 (2008)	0,55(2018)
Atenção à Saúde Bucal				
% pop nunca foi ao dentista ^b	18,7	15,9	11,7	Não disponível
Número Faculdades de Odontologia ^c	81	197 (2009)	220 (2015)	412 (2019)
Número de Cirurgiões-Dentistas ^d	117.3 mil	201.1 mil	219.6 mil	335.8 mil

Fonte: a - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2019, <https://www.ibge.gov.br/>. b - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), anos de 1998, 2003 e 2008, www.datasus.gov.br. c - Ministério da Educação (MEC), Cadastro e-MEC, [://emec.mec.gov.br/emec/nova](http://emec.mec.gov.br/emec/nova) Acesso em: 24 mar. 2020. d - Conselho Federal de Odontologia (CFO), <http://cfo.org.br/servicos-econsultas/dados-estatisticos>.

No mundo inteiro, como também no Brasil, nós temos uma odontologia com forte influência do modelo liberal, mesmo nos sistemas universais de saúde, como financiamento majoritariamente público, que buscam tratar a saúde como direito, como a Itália, Canadá ou Reino Unido. Há algumas tentativas de seguros de saúde, financiados pelo Estado para a odontologia em alguns países como Itália, Suíça (DI BELLA *et al.*, 2017) e Israel para atenção odontológica odontopediátrica (COHEN; HOREV, 2017). Contudo, de modo geral essa prioridade global para uma odontologia, para um serviço público de saúde bucal, ela ainda é baixa com falta de coesão do campo odontológica na defesa desse ponto de vista (BENZIAN *et al.*, 2011).

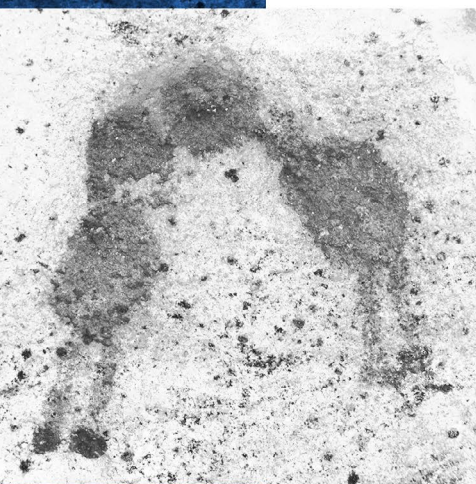
Nosso país, o Brasil, fez algo fenomenal e devemos estar muito felizes com o que construímos. Vamos pensar que realizar um SBBrazil 2010 como foi conduzido é grandioso. O relatório final revela essa capilaridade na nossa saúde bucal coletiva, onde há o registro de todos os agentes que participaram, os coordenadores, uma capilaridade enorme no país inteiro. Essa capilaridade foi possível devido ao movimento da saúde bucal coletiva (SOARES *et al.*, 2018). No Brasil, o movimento da saúde bucal coletiva nasce nos anos de 1980, que ganha corpo e ocupa um lugar de poder nos primeiros governos nos anos 2000. Esse grupo e esse movimento foram muito importantes mas, esse movimento em suas origens, traz outras perspectivas que de alguma maneira eu tentarei abordar como uma perda de sua origem, uma amnésia da gênese (BOURDIEU, 2012), que é a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde, que ainda está em disputa neste espaço social e, este movimento, de alguma maneira disputou a política e a oferta pública e está ainda disputando esse lugar na política nacional (SOARES *et al.*, 2018).

No segundo ponto, que denomino 'as lições aprendidas da política no seu ocaso', realizarei um diálogo com o professor Paulo Capel, que tem defendido essa ideia de que o Brasil Sorridente chegou



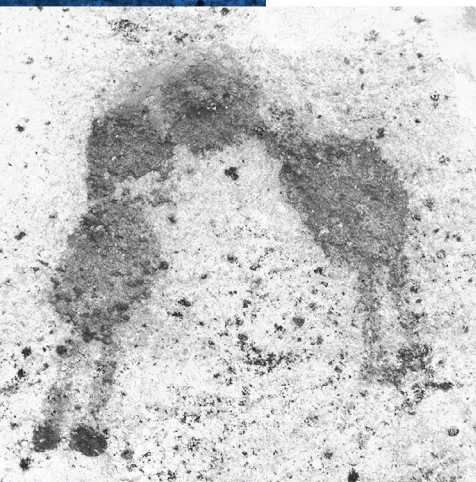
ao seu ocaso (NARVAI, 2020). Essa análise produzida por Paulo Capel é próxima à análise prévia do ocaso dos Procedimentos Coletivos em artigo anterior publicado em 2008, em que o autor juntamente com outros revelam como os Procedimentos Coletivos foram substituídos, com novo formato de financiamento (CARVALHO *et al.*, 2009).

Outra questão essencial da ciência, que é parte do pensamento da Sociologia Clássica como aquela de Karl Marx e outros grandes sociólogos como Max Weber e Émile Durkheim (SELL, 2014), já apontava que porque há distância entre a aparência e a essência das coisas, existe a ciência. Na verdade, é preciso ter a dúvida radical sobre a aparência do que se vê. Por isso existe a ciência. Então estamos aqui enquanto pesquisadores para fazer pensar essa ciência, tirar essa ilusão de transparência, essa explicação muito superficial do mundo. Há uma explicação mais profunda, que necessita um rompimento com o senso comum (BOURDIEU, 2001). O senso comum é positivo, mas ele tem uma necessidade de ruptura através do uso de uma teoria que possa nos ajudar a compreender o porquê do ocaso do Brasil-Sorridente, entre outros elementos mais estruturais, ou seja, das condições históricas de possibilidade da nossa prática odontológica no SUS. Nesta perspectiva, partirei de uma sociologia das práticas a partir da teoria das práticas ou da ação social segundo o conceito de “campo”, do sociólogo francês Pierre Bourdieu (2011). Este autor nos vai dizer que não existe um espaço, não existe uma sociedade como tal, existe na verdade microcosmos sociais, onde há exatamente essa disputa de questões em jogo, esse microcosmos no qual nós somos dentistas, participamos do campo odontológico, onde há um espaço de relações de força entre agentes e instituições com interesses específicos. Os agentes e instituições se situam de forma desigual nesse espaço e disputamos os objetos nesse campo, sendo a produção da saúde bucal o principal deles. Na verdade, o que chamamos de campo ainda é um esboço [do campo odontológico]. Nós não temos certeza se ele existe, se ele é só um espaço, se ele não tem tanta autonomia,



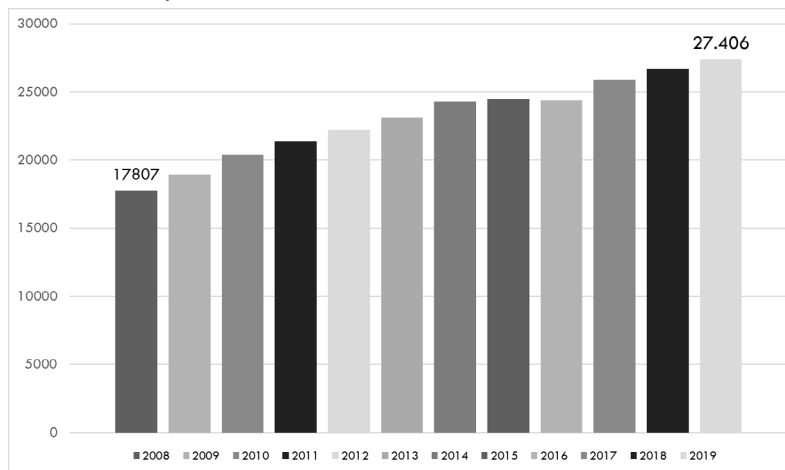
mas eu diria que ele é um microcosmos. Nós temos sistemas de disposições estruturadas e estruturantes que inculcam nossas formas de apreciação e divisão do mundo odontológico, o *habitus* no sentido de Bourdieu (2011). São eles especialmente o aparelho formador e a ciência, que têm um papel fundamental na incorporação dessas disposições que são estruturadas por esse campo, mas podem ser estruturantes, que é um certo grau de liberdade. Essas disposições incorporadas são aquelas que definem como definimos, por exemplo, o que é cárie e o que não é cárie, o que é doente, o que é saudável, o que é privado e o que é público, em dicotomias, em oposições. Então o que está no jogo? A luta pelo monopólio dessa competência, da melhor forma de produzir saúde bucal das pessoas e essa boa odontologia é aquilo que os dominantes, enquanto ciência, chamamos de Odontologia Científica. Um exemplo interessante na América Latina é a ciência produzida por Professor Hugo Rossetti, um argentino que eu admiro bastante pela sua produção científica, que publicou o livro *Saúde para a Odontologia e Odontologia Latino Americana* (ROSSETTI, 1999). Este autor tem uma ciência com mais de 500 mil slides de acompanhamento longitudinal, mas ele não é considerado cientista porque, de alguma maneira, o polo dominante no espaço da saúde bucal, mesmo no subespaço do polo público, ainda não o considera. Essa é uma discussão importante. Então se a gente pensar o Estado, o que é que o Estado faz? O Estado vai então ser o lugar central das disputas mais importantes e vai fazer a discussão do que é que é a narrativa principal desse Estado.

Neste sentido, vamos pensar algumas evidências da política que eu chamo de possíveis mortos e possíveis realizados. Para Pierre Bourdieu (1983), um possível morto seria aquilo que não foi concretizado, onde havia outros possíveis, mas esse foi descartado. Também é a permanência do passado. Vamos pensar quais seriam essas lacunas da Política Nacional de Saúde Bucal para que a gente avance, por exemplo. Em primeiro lugar, observamos que a política



avançou na oferta, mas ela não avançou no acesso. A cobertura ainda é muito baixa, ainda que a gente tenha hoje mais de 27 mil equipes de saúde bucal implementadas em 2020 (Figura 1).

Figura 1. Equipes de saúde bucal na ESF no sistema público de saúde no Brasil entre 2008 e 2019.

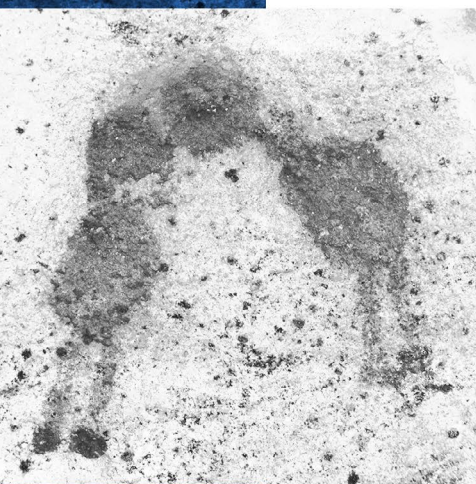


Fonte: DataSUS, Sistema de Informações Ambulatoriais. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

A forma como essa equipe atende e garante a cobertura, como a e-SB (Equipes de Saúde Bucal) faz o acolhimento do usuário e o cuidado é uma discussão que na nossa área tem sido chamada de uma permanência do Tratamento Completado na clínica (TC) com um resquício de uma antiga Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) dos anos 1960-1970, das ações incrementais da Fundação SESP. Vou discordar disso, porque penso que o TC (Tratamento Completado ou finalizado) reflete o polo dos dominantes, que é o polo da odontologia de mercado, que é essa ideia de que eu tenho que iniciar e finalizar o tratamento clínico de cada paciente. Isso provoca uma redução brutal no acesso ao tratamento restaurador. Essa abordagem não reconhece as vulnerabilidades sociais em que a

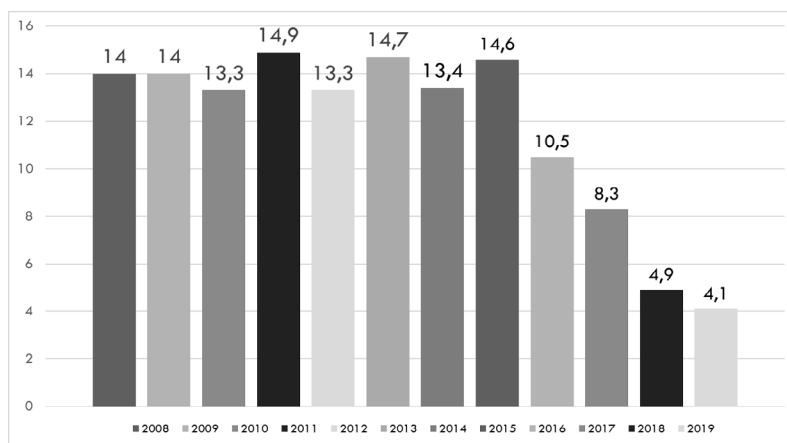
oferta de um só procedimento e de uma ação de promoção de saúde articulada à oferta desse procedimento que seja a remoção de cálculo supra gengival ou ação restauradora já poderia ser uma ampliação do acesso. Não nego a necessidade de finalização do tratamento clínico de cada paciente. Contudo, esse modelo único engessa a gestão da clínica e impede que, na existência de faltosos, esses sejam substituídos imediatamente para início de tratamentos acolhedores e resolutivos. Creio que há problemas na ampliação das disposições (*habitus*) dos dentistas para práticas fora do modelo cirúrgico-restaurador do setor privado. Novas formas de organização dessa oferta via procedimento único para ampliação desse acesso creio ser fundamental. Outro elemento que pode ser considerado como “*possível morto*” na PNSB, que tem a ver com as origens do movimento da saúde bucal coletiva que sempre defendeu uma abordagem baseada nos Determinantes Sociais da Saúde, seria essa ideia das causas, a ocupação e escolaridade dos pacientes e usuários dos serviços que não são levados em consideração. Considero que isso seja um elemento muito importante em que devemos trabalhar. Uma outra lacuna é a escovação supervisionada, que não tem sido prioridade hoje. Os programas comunitários do modelo campanhista do século XX se mantiveram. As ações coletivas de escovação supervisionada perdem muito espaço agora ao final desse ocaso da política, mas mesmo assim pensar de que maneira a gente pode trabalhar essa atividade que é reflexo de outras odontologias (Sanitária e Preventiva e Social), sendo implementada com outros olhares. Por fim, também a questão dos planos privados exclusivamente odontológicos de baixa remuneração, que chegam especialmente às classes C, D e E como um acesso à odontologia viável e não pelo Sistema Único de Saúde.

Observamos que no sistema público de saúde do Brasil em 2019 chegamos a mais de 27 mil equipes de saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, a cobertura da primeira consulta odontológica chega a 4,1% em 2019 (Figura 2). Estudos



analisam esses aspectos contraditório da implementação baseados no monitoramento do eixo da Política de Saúde Bucal, do Observatório de Análise Política em Saúde, do ISC-UFBA (Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia) disponível em analisepoliticaemsaude.org.br (CHAVES *et al.*, 2017).

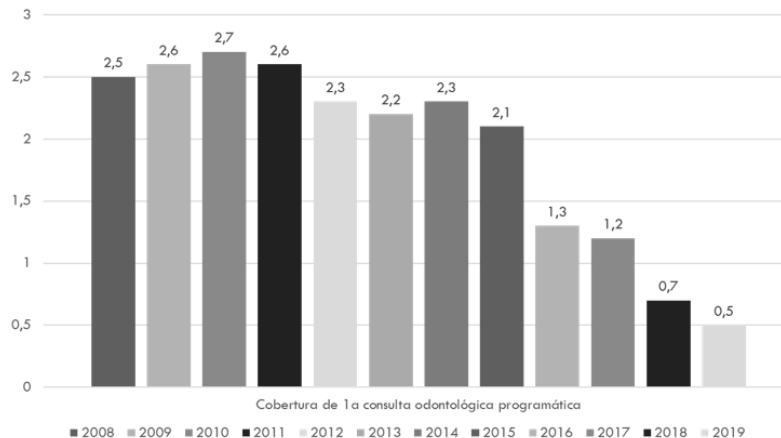
Figura 2. Cobertura da primeira consulta odontológica em % no sistema público de saúde no Brasil entre 2008 e 2019.



Fonte: DATASUS, DataSUS, Sistema de Informações Ambulatoriais.
Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

As ações coletivas de escovação dental supervisionada são resultado do papel fundamental da indução federal na compra de kits de higiene oral (kits dentais) para distribuição das equipes de atenção primária. Em 2009 e 2010, observou-se o aumento da cobertura devido às compras centralizadas, do apogeu do Brasil Sorridente, com essa brutal queda em 2019 e maior ainda em 2020, o ano que se quer esquecer num governo de tormenta. Isso nos entristece e nos envergonha bastante (Figura 3).

Figura 3. Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada no Brasil, de 2008 a 2019.



Fonte: DATASUS, DataSUS, Sistema de Informações Ambulatoriais. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 06/15/2020.

E a respeito disso, desse já ocaso do Brasil Sorridente, este vai permanecer no período mais recente como uma das metas do Previne Brasil, que não sabemos do seu curso, tendo em vista a nova correlação de forças ao interior do Ministério da Saúde, com a mudança dos agentes da alta função pública pelas mudanças de Ministro da Saúde. No Previne Brasil, há um único indicador para “avaliar” o desempenho das equipes de saúde bucal que é a cobertura da primeira consulta para gestante, o que é uma limitação enorme e vai contra tudo aquilo que defendemos, da ampliação de ações coletivas e da cobertura populacional. Isso pode induzir as equipes a pararem tudo e só focar no atendimento às gestantes. Outro aspecto é o Programa Saúde na Hora, que tem elementos positivos da ampliação do acesso aos indivíduos que não podem frequentar a unidade no horário em que eles podem estar trabalhando.

Em síntese, não podemos abandonar a perspectiva da promoção da saúde bucal da velha e conhecida escovação dental supervisionada. Os acúmulos da Odontologia Preventiva e Social (OPS) não podem ser menosprezados, mas precisam ser superados. “Não se chega à saúde pelos caminhos da enfermidade” como nos afirma e ensina Hugo Rosseti (ROSSETTI, 1999).

Vou finalizar essa reflexão sobre nossos graus de liberdade como uma planta que nasce, que germina, que é a ideia de algumas possibilidades de subversão neste espaço e os graus de liberdade que temos nesse polo público no campo odontológico em disputa (Figura 4).

Figura 4. Nascimento de uma planta como graus de liberdade.



Primeiro que nos apoiando no referencial teórico da teoria dos campos de Pierre Bourdieu (2001), observamos que essa prática odontológica é atravessada por coerções e racionalidades profundas nas estruturas estruturadas do campo que foram forjados na história da constituição desta prática profissional. Neste sentido, é preciso reconhecer as dificuldades existentes para um cirurgião-dentista se ajustar ao polo público, tendo em vista toda a coerção e educação que a formação em torno de odontologia de mercado inculcou no *habitus* profissional. Esse trabalho de lucidez dos dominados é um trabalho político. Achille Mbembe (2018) com a teoria da necropolítica nos recorda que em todos os momentos que vamos para a prática,

essa teoria está do lado dessa prática, e essa prática vai refletir esse olhar. Essa emancipação, portanto, não é um ato de vontade e consciência, é produto de uma luta contra as coerções. Devolvo aos Bucaleiros: ao enxergar a dureza do mundo social e suas leis impiedosas (coerção social), o que se pode fazer com ela e defender-se dela? Então, vou convidar vocês a refletir essas questões. Por exemplo, são necessários novos estudos para desvelar o programa de acesso à prótese dentária a populações vulneráveis, que é um dos elementos fundamentais da política, para investigar a menor ou maior mutilação que a mesma pode estar produzindo.

A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL: O QUE QUEREMOS AFINAL?

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Estarmos aqui entre nós e com colegas, gestores e estudantes, alunos de pós-graduação, discutindo as questões da política nacional, a partir dessa provocação: “A gente não quer só a política nacional de saúde bucal”. Gostaria de parabenizar as coordenadoras e também o coordenador do projeto, o professor Otacílio, que se esforçaram bastante para colocar esse grupo todo em sintonia. É uma alegria para mim.

Começo neste primeiro momento saudando o Dia Mundial do Orgulho do Autismo e me solidarizar com toda essa discussão sobre o racismo estrutural da sociedade e também sobre a população LGBTQI+, e a inserção numa sociedade tão desigual como a nossa. Para começar, gostaria de trazer alguns elementos, bem como uma “pernambucaneidade”, a partir do filme Bacurau de 2019². Se a gente vai discutir a política nacional de saúde bucal vamos na paz.

2 O Filme Bacurau foi um filme brasileiro de 2019, dos gêneros drama, faroeste e terror com ficção científica aclamado pelo público e escrito e dirigido por Kleber Mendonça Filho e Juliano Dornelles.

Trago essas questões para refletirmos especialmente sobre o mundo com todo esse processo de profunda desigualdade social, ou seja, o contexto onde essa discussão ocorre. Porque estamos num cenário de pandemia da covid-19, com quase meio milhão de mortes no mundo inteiro, com reflexos na economia, uma enorme aceleração digital da sociedade, aspectos interrogados em relação ao espaço/tempo na história, um enorme senso de cooperação de grupos, Ongs, governos, muito embora temos um problema seríssimo em relação ao governo brasileiro, de articulação e coordenação em relação à pandemia. Mas também um momento em que a ciência passa por um debate aberto jamais visto. Logo, essa não é a primeira pandemia pela qual passamos, mas acho que é a primeira em que tivemos um debate tão participativo, em que as notícias sobre ensaios clínicos chegam aos *WhatsApp* das famílias, em que todas as pessoas tiveram opiniões distintas e polarizadas.

Abordaria também essa discussão de que nós temos tentado elaborar um pouco do fato científico, o debate hoje na ciência desde o que é efetividade, desde o nosso modelo de vigilância em saúde, do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Também nos faz refletir bastante por estarmos tão desparelhados em momento tão crítico da história, em especial da política de saúde brasileira. Num dos ensaios do livro escritos por mim e o Prof. Samuel Moysés, quase uma década atrás (GÓES; MOYSÉS, 2012), apontamos algumas questões constitutivas da construção de políticas públicas: de que forma essas questões ou problemas passam a fazer parte da agenda de política?, qual a teoria de fundo que alimenta as crenças, valores e ideias, as forças das políticas que se hegemonomizam na arena de decisão? qual o papel para o Estado e o mercado?, como são percebidas as janelas políticas ou de oportunidade para ação instituinte de forças contra hegemônicas? Por último, indagamos ainda nessa reflexão sobre a construção da política pública, sobre quais instituições intervêm nos processos decisórios da construção da imagem social das políticas

incluindo as influências midiáticas?, qual o volume de recursos que sustentam a definição de prioridades e geração de incentivos?, e como se constrói a estabilidade e a sustentabilidade das políticas, no sentido das finalidades das políticas públicas?

Então, a partir desses questionamentos feitos há quase uma década, passamos a refletir um pouco sobre a discussão do que é que queremos para além de uma Política Nacional de Saúde Bucal. É importante que relembremos que o Brasil Sorridente não foi a primeira Política Nacional de Saúde Bucal. Antes do Brasil Sorridente, já havia a inserção das equipes de saúde bucal três anos na Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, no início do Brasil-Sorridente, nós apresentávamos em torno de 4000 a 4200 e-SB na Estratégia de Saúde da Família, como estratégia para orientar esse caminho da atenção primária.

Nesse ensaio, colocamos o Brasil Sorridente como compromisso de governo, como grupo de militantes, do qual todos nós fazemos parte em maior ou menor proporção, pensadores, formuladores da política, gestores, militantes partidários e não partidários. Assim o Brasil Sorridente chega aos 17 anos depois da Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, podendo ser caracterizado como a primeira parte da política como tendo um componente gerencial, porque ela possui uma intensa cooperação técnica, com comissão de assessoramento, centros colaboradores, editais de financiamento de pesquisa para exemplificar algumas iniciativas desse período inicial e também pode-se dizer que ela tem componentes participativos, porque tivemos a terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal. São também realizadas várias consultas públicas, pactos com órgãos de gestão do SUS, relação próxima com as entidades odontológicas e da saúde coletiva e nós, de forma didática, expomos em sete eixos: 1) um componente de reorganização da atenção primária, 2) ampliação e consolidação da atenção secundária com a criação dos centros de especialidades odontológicas- CEO, 3) regulamentação da atenção terciária com uma

série de normas e possibilidades de utilização de rede hospitalar, 4) ampliação do sistema de fluoretação das águas de abastecimento, 5) reestruturação e qualificação da rede, com doação de equipamentos, e aí nesse caso apesar de eu não ter citado, eu colocaria 6) a questão da qualificação também de pessoas com financiamento de cursos, treinamentos, e por fim, 7) um componente de vigilância em saúde, de monitoramento e avaliação dos centros colaboradores, o SB Brasil 2010, os PMAQ-CEO (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas).

Então a política, na minha perspectiva, estruturou-se nestes eixos e os resultados apontam que temos hoje 27 mil equipes de saúde bucal implantadas. Profa. Sônia Chaves, a partir de Prof. Paulo Capel, nos fala de um ocaso da PNSB (Política Nacional de Saúde Bucal) dado a redução de alguns indicadores das equipes de atenção primária da estratégia de saúde da família. Eu diria, na verdade, que nós estamos no momento de inflexões e devemos repensar, reestruturar, porque, como foi bem apontado por Marcos Werneck na partida, nós não estamos desatrelados do contexto político e econômico no qual nos inserimos enquanto uma política setorial, e trago aqui uma pequena síntese com alguns artigos publicados ao longo da execução da política que podem lançar luz sobre como chegamos até aqui. Mas a questão é que, ao longo da estruturação dessa política, tínhamos conhecimento sobre vários aspectos. Carlos Botazzo, por exemplo, sempre chamou a atenção dessa ligação próxima e a caracterização da prática centrada nas técnicas dentárias, corporativistas, com as bênçãos do mercado e essa questão do empreendedorismo individual do mercado em, claro, com as bênçãos do Estado (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Garcia (2013) já chamava em 2013 discussões sobre a questão de sustentabilidade da política, já que era uma discussão de grupos restritos. Nós fizemos um trabalho em que mostramos a questão da equidade do acesso publicado em 2008 (ROCHA et al., 2008).

É um fato muito importante também para mostrar que esse grupo de pesquisadores esteve atento aos movimentos que foram feitos no curso de implementação política e hoje temos registros de como aconteceu. Nós estávamos observando o que estava acontecendo e também cito um artigo, um ensaio de opinião do Marco Manfredini, derivado de sua tese de Doutorado, que aponta os limites da política, já que a PNSB ainda não teria ganho mentes e corações de profissionais de saúde bucal no Brasil (MANFREDINI, 2011).

Apesar de refletir sobre todas essas perspectivas apresentadas, há uma delas que vou chamar a atenção como principal problema a ser enfrentado, que é a visão odonto-centrada da nossa prática, difundida pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Em 2015, eu já colocava algumas reflexões, sendo e podendo me classificar como dizia o grande Ariano Suassuna, um pessimista esperançoso. Nós tínhamos em 2015 a preservação de um Estado Democrático do Direito em que defendíamos a necessidade de sustentabilidade para a Política Nacional de Saúde Bucal, um aumento da participação no financiamento das ações pelos estados federados, a superação dos níveis de precarização de trabalhadores, principalmente que atuavam em CEO, aumento da capacidade de oferta pelos envolvidos na gestão da política nacional de saúde bucal em termos de novas habilidades relacionadas ao cuidado em saúde bucal, incluindo aqui para além das ações odontológicas, a consolidação das redes de atenção à saúde bucal e, por último, transcender o papel dos diversos atores, suas ações e responsabilidades.

Observo que essas reflexões são importantes para dar continuidade a essa Política Nacional de Saúde Bucal. Gostaria também de colaborar para o debate, abordando os Determinantes Sociais de Saúde. Eu penso que esse é o elemento. Um dos grandes desafios é reconhecer a saúde, a seguridade social e a cultura humana como investimentos, eu penso que é esse o desafio que está posto, e como

nós nos organizamos num contexto ultra, mega liberal, e como nós nos organizaremos. Respondendo à pergunta que é feita pela coordenação do projeto Diálogos Bucaleiros, o que é que a gente quer? Para além da Política Nacional de Saúde Bucal? A gente quer uma política com a garantia de direitos, democracia, queremos a seguridade social, queremos cultura, diversão e arte e, sem isso, é difícil pensar. Penso que nós precisamos talvez, nesse momento, abandonar um pouco o nosso pensar mais odonto-centrado porque eu queria deixar como reflexão, me classificando como pessimista esperançoso, que nós não podemos sair da estrada, mas precisamos saber pra onde seguir. Gostaria de compartilhar com vocês imagens daqueles colegas que nos ajudaram a construir o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) nos seus dois ciclos, em que os serviços já foram certificados, para mostrar com alegria, por exemplo, numa estrada federal lá do Cariri no Ceará, uma placa que apontava para a Igreja Matriz, a Prefeitura e o Centro de Especialidades Odontológicas (Figura 5). Também uma imagem do pensamento da trabalhadora de saúde, aqui no CEO de Boca do Acre, onde o CEO é literalmente um céu que tem nuvens, que pode ter anjos, lugares muito difíceis de chegar, onde só chega de carro com tração ou de barco (Figura 5).

Figura 5. Imagens de avaliadores Externos do PMAQ-CEO 1o e 2o Ciclos nos CEOs do Brasil entre 2014 e 2018.



Neste sentido, vamos construir uma política dessa dimensão, ampliar os nossos horizontes para onde possamos seguir com a devida crítica e a devida responsabilidade dos acúmulos, mas também estar aberto ao novo que tem sido desvendado com essa pandemia. Há uma reflexão sobre a relação espaço e tempo. É possível que o século XXI tenha de fato se encerrado com a pandemia, que tenha sido um século breve e que nós tenhamos obrigatoriamente de pensar uma nova sociedade para o novo mundo e para as novas relações. Impressiona o número de colegas que têm participado dessas reuniões, o que mostra a potência que é estarmos juntos refletindo sobre as novas perspectivas e com o maior desafio deste novo século, pós-pandemia, que é o lugar mais difícil que a gente precisa se colocar, que é o lugar do outro.

DIÁLOGOS E CONCLUSÃO

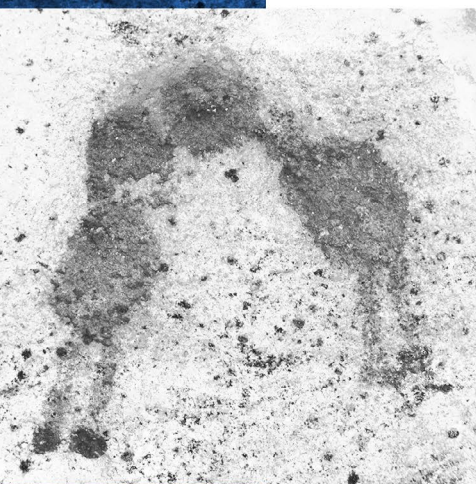
Marcos Werneck – Tanto a Profa. Sônia Chaves como Prof. Paulo Goes trouxeram questões muito importantes. Penso que as questões trazidas tendem a nos levar para um lugar onde tenhamos que responder dentro do momento em que vivemos, mas também pensando muito no que conseguimos avançar como política, como uma proposta que se fazia grandiosa, e que começou num determinado momento, ela tenta recomeçar e é levada à revelia dos nossos movimentos para a saúde da família, mas que de alguma forma buscamos organizar conceitualmente quando retomamos as três conferências nacionais de saúde bucal (CNSB) e em 2004 iniciamos um novo momento com o Brasil-Sorridente. Prof. Otacílio sempre provocativo nos pergunta: se o Brasil-Sorridente foi ao fim como o Claude Lévi-Strauss viu na Baía de Guanabara uma boca banguela?³ E eu perguntaria para vocês: Qual foi

³ Esse trecho está na Música O Estrangeiro, de Caetano Veloso, onde se lê: "...o antropólogo Claude Lévi-Strauss detestou a Baía de Guanabara, pareceu-lhe uma boca banguela. E eu menos a conhecera mais a amara? Sou cego de tanto vê-la, de tanto tê-la estrela. O que é uma coisa bela?"

o olhar do Claude Lévi-Strauss? Foi para a Baía toda, foi para a cidade, foi para o morro onde estava a boca banguela? O que havia ali para o antropólogo entender naquele cenário quando ele chegou ao Brasil nos anos 1950? Outra questão que eu gostaria de problematizar é que em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal, aprovada no início de 2004 tinha 2,5 mil equipes no país inteiro, alcançava 250 cidades e atualmente está com um número bem maior. Contudo, sabemos que existem questões gravíssimas que atravessam o que Sônia Chaves chamou de ocaso. Neste sentido, será que o desfinanciamento da política, a forma como a PNSB foi desvalorizada na nova Política Nacional de Atenção Básica, as dificuldades dos municípios, que empobreceram para manter os seus sistemas em funcionamento, tem impactado sobre a mesma? Prefiro pensar que não é ocaso, mas que é algo muito preocupante. Nós temos visto também um movimento para se conseguir, pela via parlamentar, a aprovação de leis que possam garantir a política sob o ponto de vista da legislação. Outra pergunta é discutir o racismo estrutural que dialoga com a necropolítica, como uma organização necessária do poder em um mundo em que a morte avança implacavelmente sobre a vida. No momento de pós-pandemia, como podemos pensar quem serão as principais vítimas da mutilação odontológica? Penso que é um momento de discutir saúde bucal e racismo estrutural. Paulo Góes trouxe os desafios do século XXI. Como será então a atenção à saúde bucal na atenção básica considerando a pós-pandemia e também as mudanças já permitidas pelo PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017? Perderemos a prioridade?

Sônia Chaves – Prof. Otacílio que conheci desde a Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva realizado na UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), em 2013, quando iniciou-se uma relação de afeto e de trocas científicas muito importantes. Gostaria de começar com a questão trazida por Prof. Paulo Frazão quando, de forma muito educada me diz: ‘ah, eu quero meu tratamento completado’. Tentarei explicar o porquê tenho restrições a esse modelo clínico do Tratamento

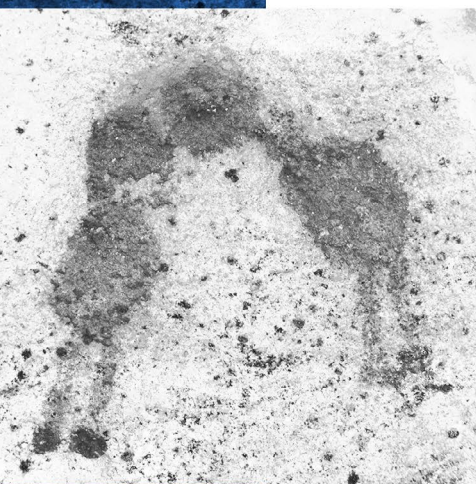
Completado. Aqui está a ciência que é importante para desvelar a distância entre aparência e a essência. Pelo menos aqui no campo onde atuo há muitas dificuldades. A agenda do dentista fica na mão do dentista e da sua auxiliar e essa agenda não é compartilhada pela equipe, portanto há limite de oferta de vagas e se há faltosos daquele turno não há substituição automática de faltosos. E essa substituição automática é uma defesa que se faz nos estudos que buscam ampliar o acesso a qualquer prática, inclusive a médica, recomendando-se exatamente isso, que se faça a substituição de faltosos. O que é que acontece com a odontologia? Na Bahia, tivemos muitas dificuldades, tentamos implantar um grande programa de humanização e de ampliação do acesso aos usuários da atenção básica. Um estudo de avaliação do programa revelou que a resistência dos dentistas se dava pelo pensamento “como vou atender um paciente o qual não poderei garantir o tratamento completado?”. Não tenho consultas subsequentes para ele e, assim, há barreiras de acesso. É preciso então romper com essa ideia de que “bem, eu não tenho quatro consultas para garantir um tratamento completado, então eu não posso garantir acesso”. Outra reflexão tem a ver com a resistência que havia para levar essa agenda para recepção, onde qualquer usuário que chegasse à Unidade Básica de Família (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) para marcar uma consulta médica pudesse ter acesso a vagas de consulta odontológica, caso houvesse faltosos naquela data. Outro elemento da realidade muito comum é a dificuldade em trabalhar orientação de higiene oral com pacientes adultos. Os profissionais sempre nos falam: “muito sangramento gengival, a gente não tem de fazer orientação de escovação na cadeira odontológica”. Lembra que falei da coerção da prática, uma prática centrada na cura, centrada na técnica, no procedimento. Os dentistas têm dificuldade de incorporar, inclusive o básico de promoção de saúde. Nós resolvemos, então, implementar um programa articulado com alunos de graduação e da importância do Técnico de Saúde Bucal (TSB), a importância da equipe



completa que Paulo Frazão defende, que possa de fato desafogar e fazer uma prática articulada de escovação dentária como tratamento. Um outro aspecto que gostaria de refletir do ponto de vista de análise que envolve uma teoria: 'será que seremos só os bucaleiros, que estão aqui na atenção primária pública, que são dominados? e nos CEOs? O que é que acontece hoje com os dentistas que estão no CEOs? É uma pergunta. Tenho uma hipótese de que essa dupla militância, essa dupla inserção no polo público e no polo do mercado, de um profissional com trajetórias duplas nos dois sub-espacos, dá a ele grande dificuldade de ajuste ao campo, ao polo universal, ao polo público e muitas vezes o polo público perde para o polo dominante, que é o polo do mercado. Então esse dentista do CEO, ele atende menos no setor público. A dificuldade e resistência em iniciar a oferta de endodontia de molares em um município da Bahia, por exemplo, revelou isso. Ou seja, somente depois que fizeram todas as endodontias de todos os uniradiculares da cidade, o serviço público resolveu 'bem, agora não tem mais jeito, vai ter que fazer endodontia de molar'. Então quais são as necessidades de saúde da população e as necessidades dos profissionais de saúde? A gente tem que refletir sobre isso porque a disputa é dura. Devemos reconhecer esse espaço, reconhecer que é um espaço de disputa importante. Eu sou de uma geração dos anos 1990, em que boa parte das trajetórias são vinculadas ao polo do mercado, o número de profissionais que construíram sua trajetória no polo público era muito pequeno. Eram somente para aqueles realmente que tinham *perfil*. Por outro lado, atualmente há um grande número de dentistas com trajetórias eminentemente no polo público, que precisa ser fortalecida através de uma formação diferenciada, uma formação de política para lidar com os conflitos ao interior do campo odontológico.

Paulo Goes – Nosso diálogo faz crescer bastante a nossa análise. Sobre o Tratamento Completado, creio que o profissional precisaria já estar preparado para acolher essa demanda e discutir a possibilidade de fazer o tratamento de modo que pudesse garantir

também o tratamento dos outros, que é o tratamento concluído. A gente deve pensar na perspectiva da teoria do cuidado integral, que precisa acolher, escutar e é preciso fazer e pensar o projeto terapêutico que incluísse o tratamento dele, já que ele é um usuário empoderado. Vou insistir nessa tese que a Profa. Sônia Chaves nos antecipa e que Carlos Botazzo traz da Arte Dentária, da prática profissional odonto-centrada, porque estou muito convencido de que nós precisamos refletir sobre isso. Embora não sendo minha área, penso que o CFO (Conselho Federal de Odontologia) na regulamentação da teleodontologia pode refletir na questão do cuidado, ou seja, é importante diferenciar que aqui nós não estamos discutindo a Política Nacional de Odontologia, nós estamos discutindo a Política Nacional de Saúde Bucal. Precisamos mais do que nunca diferenciar essas duas coisas, porque nós precisamos incluir, a exemplo do que também já foi dito aqui, as questões relacionadas à equipe de saúde bucal, notadamente os técnicos e os auxiliares de saúde bucal e também a transformação dos outros profissionais da equipe em agentes de saúde bucal, como a enfermeira, o agente comunitário de saúde, como as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Contudo, nesse momento olhando para a política pública, me parece que precisamos entrar numa frente mais ampla, uma frente ampla, de direitos, uma frente ampla que garanta o financiamento da saúde. Da forma como está, da forma como foi aprovada por exemplo a EC-95 é preciso se contrapor ao desfinanciamento da saúde. Creio que foi o Deputado Federal Jorge Solla que coloca isso: o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, que diz que a saúde é um direito de todos, com a EC-95, precisará ser reinterpretado, ou seja, a saúde é um direito de todos desde que o país gaste menos do que arrecadou no ano anterior. Nós precisamos refletir e precisamos juntar forças numa frente mais ampla. Já no campo setorial da Política de Saúde Bucal, tenho defendido que nós precisamos ampliar os nossos horizontes e penso que a principal barreira, como Sônia Chaves coloca a contribuição de Karl Marx



como outros sociólogos de que a aparência, se fosse uma realidade não precisaria ciência, a gente precisa também se debruçar sobre a questão de como é construído o consenso científico que nos rege. Thomas Kuhn quando escreveu o livro *A Estrutura das Revoluções Científicas* (KUHN, 1998). Essa construção do consenso científico é a partir de revoluções paradigmáticas. Recentemente vivemos as questões que as colegas e gestores me colocaram, tão logo o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta elegeu as profissões para enfrentamento da Covid-19, que seriam a medicina, a enfermagem e a fisioterapia. Iniciou-se uma série de questionamentos e observei que os Conselhos Regionais de Odontologia às voltas se o cirurgião-dentista, se questionavam se os dentistas podiam fazer swab, se podia registrar no mapa. Então, precisamos discutir essa nossa abordagem. Acredito que o caminho é que nesse momento, além de nós nos unirmos todos em favor de uma frente ampla, de democracia, de direitos humanos, estou convencido de que a abordagem do racismo estrutural, a inclusão das pessoas, a diversidade ela é muito maior do que a inclusão, o conceito de diversidade é maior que a inclusão, respeito às diferenças. Nós precisamos buscar qual tipo de saúde bucal pode dar conta disso. Nós não temos essa discussão. Tenho uma colega fonoaudióloga, por exemplo, que trabalha com a voz da população *trans*, das pessoas que fazem mudança de sexo. Qual é a nossa discussão, o que é que nós temos a oferecer em relação à boca, em relação aos dentes para esses grupos? Aprendemos que há caninos e incisivos, formatos femininos e masculinos e assim por diante. Como nós vamos trazer essa discussão? A discussão para esse olhar diverso das gengivas, que são monocromáticas para as pessoas independente de sua cor, e sua raça. Penso que precisamos ampliar esse horizonte no sentido de que, desculpe se estou sendo repetitivo, mas estou muito convencido de que nós teremos uma nova sociedade, uma nova geração e é preciso preparar essas pessoas, precisamos trazê-las para essa discussão.

REFERÊNCIAS

BENZIAN, H.; HOBDELL, M.; HOLMGREN, C.; et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J.*, Unite States, v. 61, n. 3, p. 124-30, jun. 2011. DOI: 10.1111/j.1875-595X.2011.00028.x. PMID: 21692782. Acesso em: 27 abr. 2021.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2011.

BOURDIEU, P. *Sobre o Estado*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Coordenação Geral de Saúde Bucal. 2004. [acessado 2015 fev 20]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf » http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Ementa Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 1996*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Edição 241, Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BRASIL. MEC, Ministério da Educação, *Cadastro e-MEC*, <://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CARVALHO, L.A.C.; SCABAR, L.F.; SOUZA, D.S.; NARVAI, P.C. Procedimentos coletivos de saúde bucal: gênese, apogeu e ocaso. *Saude Soc.* São Paulo, v. 18, n. 3, p. 490-499, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300013>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CFO, Conselho Federal de Odontologia. *Dados Estatísticos de Profissionais e Entidades Ativas Por Ano*. Brasília. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-econsultas/dados-estatisticos>. Acesso em: 27 abr. 2021.

CHAVES, S.C.L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. v. 22, n. 6, p. 1791-1803, jun. 2017.

COHEN, N.; HOREV, T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems - The case of Israel's pediatric dentistry reform. *Isr J Health Policy Res.* United Kingdom, v. 6, n. 24, 2017. Acesso em: 27 abr. 2021.

DATASUS, Sistema de Informações Ambulatoriais. *Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area>. Acesso em: 27 abr. 2021.

DI BELA, E., LEPORATTI L.; MONTEFIORI M. *et al.* Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: The contrasting positions at stake. *Health Policy.* v. 121, n. 6, p. 575-581, ju. 2017.

E MEMRICH, A.; CASTIEL, L. D. *O Lagarto e a Rosa no Asfalto o Odontologia dos Desejos e das Vaidades*, Editora Fiocruz, 2013.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1998.

GARCIA, D. V. Sobre os bastidores do processo de formulação de políticas públicas: considerações acerca da saúde bucal no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*. São Luis, v. 17, n. 1, p. 203-209, jan./jun., 2013.

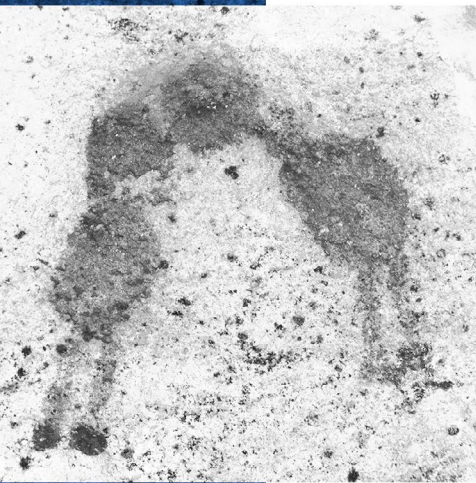
GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. *A formulação de Políticas de Públicas de Saúde Bucal*. p15-32. Em Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas. 2012.

LAGRAVE, R. M. A lucidez dos dominados. 315-326. In: *Trabalhar com Bourdieu*. Pierre Encrevê & Rose-Marie Labrave (Org). Rio de Janeiro: Berthrand Brasil, 2005.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

NARVAI, P.C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 175-187, mar., 2020.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. (spe), p. 141-147, 2006. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400019>. Acesso em: 27 abr. 2021.



MANFREDINI, M. A. *Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 116 f.

NEUMANN, D.G., FINKLER, M.; CAETANO, J.C.. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 453-474, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300005>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PERES, M. A.; BARBATO, P, R.; REIS, S. C. G. B. *et al.* Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev. Saúde Pública*. v. 47, supl. 3, p. 78-89, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde e Sociedade* (USP. Impresso), v. 24, p. 273-284, 2015.

REDE APS. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. *O trabalho das equipes de Saúde Bucal na APS em tempos de pandemia*. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/11/o-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal-na-aps-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 31 mai. 2020.

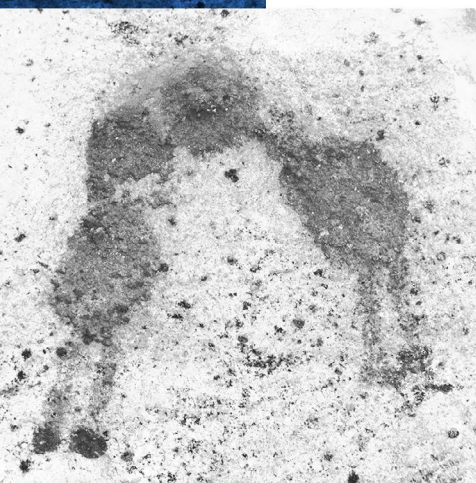
ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.

ROSSETTI, H. *Saúde para a Odontologia*. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1999.

SELL, C. E. *Sociologia Clássica: Marx, Durkheim e Weber*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

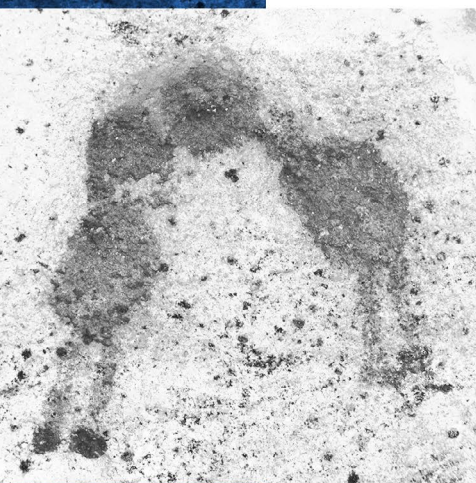
SILVA, L. A Regulação Sanitária em Odontologia no Município de Salvador-Bahia. Dissertação Mestrado. ISC-UFBA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29244>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S.; CHAVES, S. C. L.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G.; CRUZ, D. N. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1805-1816, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.22972016>. Acesso em: 27 abr. 2021.



VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1579-1588, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500022>. Acesso em: 27 abr. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *et al.* Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s131-s143, nov. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2021.



3

Carlos Botazzo

Cristine Maria Warmling

Thais Regis Aranha Rossi

A PRÁTICA ODONTOLÓGICA ENQUANTO OBJETO HISTÓRICO

PRÁTICAS HISTÓRICAS EM FOUCAULT

Cristine Maria Warmling

Muitos estudos em suas elaborações sobre as práticas odontológicas se preocuparam com análises históricas a partir de diferentes vieses e interpretações, mas de que modo a prática odontológica liga-se a essa tradição? Considerando que os estudos históricos se fundamentam em perspectivas teóricas, as divergências encontradas entre eles não estão situadas tanto nos dados históricos apresentados sobre a profissão, mas é o nível da análise que os difere. Ou, a forma como os dados são dispostos e interpretados que faz com que os resultados analíticos dos estudos se diferenciem entre si (WARMLING, 2014).

A compreensão da constituição histórica do nosso modo de pensar nos dá condições de possibilidade de pensar diferente o que pensamos. Coloca-se em foco aqui estudos de Foucault, que em seus trabalhos usa a história com este sentido, estabelecendo um *a priori histórico* em sua obra. Interessa, no seu pensamento histórico, dar visibilidade às condições de emergência que possibilitaram a criação dos discursos de verdade sobre nós, que possibilitaram, enfim, que pensemos como pensamos. A melhor forma de compreender sua perspectiva histórica está em conhecer o conjunto de sua obra, com certeza. Porém, encontram-se em alguns textos seus e entrevistas ou debates que participou e foram publicados, sua maneira de pensar a história. A ideia de salientar alguns pontos descritos nesses trabalhos deve ser entendida no sentido de demarcar uma perspectiva, um olhar, nunca a cristalização de um método.

O texto da conferência de Foucault (1972), intitulada *Retornar à História*, logo de início, propõe um desafio necessário, o desprendimento de duas noções muito caras para os estudos

históricos - o tempo e o passado, e a revalorização dos conceitos de mudança e acontecimento. Trata-se de enfatizar a análise das condições de transformações ocorridas nas sociedades, evitando proceder totalizações e generalizações do passado, sempre tão comuns na tradição dos estudos históricos (FOUCAULT, 2000).

A tradição da história contemporânea se interessou predominantemente por fenômenos históricos em seus sentidos mais amplos e gerais. Mas, já há algumas décadas, começou-se a praticar uma história, na qual acontecimentos e conjuntos de acontecimentos constituem o tema central. Como argumentos principais, o procedimento de afastamento da periodização, simultaneamente à necessidade de recriação da noção de acontecimento histórico. O objeto histórico deve ser definido pelo conjunto de documentos e não mais por “uma espécie de categorização prévia em períodos, épocas, nações, continentes, formas de cultura” (FOUCAULT, 2005a, p. 290). O historiador, observem, não interpretará mais o documento para apreender por trás dele uma espécie de realidade social ou espiritual que nele se esconderia. O trabalho consistirá em manipular e tratar uma série de documentos homogêneos concernidos a um objeto particular e a uma época determinada, e são as relações internas ou externas desse *corpus* de documentos que constituem o resultado do trabalho do historiador (FOUCAULT, 2005a).

Nessa forma de racionalidade histórica, o acontecimento receberá outra visibilidade. A busca da causa determinante deixará de ter tanta importância, deslocada que será pelo interesse das relações estabelecidas entre os acontecimentos. A explicação para eles, portanto, não estará em encontrar e descrever uma unidade causal de explicação, mas sim na análise dos múltiplos processos que possibilitaram a própria constituição histórica deles. Introduzem-se, na análise histórica, tipos de relações e de modos de ligação muito mais numerosos do que a universal relação da causalidade.

Os métodos históricos clássicos ou tradicionais permitem que se alcance um determinado tipo de fato histórico final marcante, o descobrimento do Brasil, por exemplo. A história contada desta forma se desenrola, então, como a evolução de uma série de continuidades culminando em um fato histórico importante, que descreve uma ruptura histórica. Quando o método privilegia a série de descontinuidades de acontecimentos, que os instrumentos teóricos da história clássica não permitiriam alcançar, a história aparece então não como uma grande continuidade sob uma descontinuidade aparente, mas como um emaranhado de descontinuidades sobrepostas. A história é, portanto,

[...] uma multiplicidade de tempos que se emaranham e se envolvem uns nos outros. [...] há, na verdade, durações múltiplas, e cada uma delas é portadora de um certo tipo de acontecimentos. (FOUCAULT, 2005a, p. 293).

Com isso Foucault poderia se aproximar de Bergson (1974) e seus questionamentos a respeito dos parâmetros sempre cartesianos com que se analisa o tempo e o passado? Bergson (1974) chamou a atenção para outro tipo de evolução do tempo, a duração. A constante operação de espacialização do tempo está embasada na necessidade prática da vida, mas inviabiliza pensar o presente ao mesmo tempo que o passado e o futuro. O pensamento, acostumado que está ao pensar quantitativo e a enxergar apenas diferenças de grau entre as coisas, sente dificuldade de pensar a memória como pura criação. O passado nunca deixou de ser no presente. O presente é devir, é ação, é útil. O passado apenas deixou de ser útil, mas não deixou de ser, ele não era, ele é o tempo todo. O passado é coexistência e não sucessão, coexistência virtual (DELEUZE, 1999).

Não há como falar sobre a história praticada por Foucault deixando de referir o texto *Nietzsche, a Genealogia, a História* (1971), em que o autor homenageia seu professor Jean Hyppolite. Nesse texto, Foucault retoma em Nietzsche princípios para a compreensão

genealógica e apresenta discussões bastante caras a abordagem histórica. O sentido histórico para Nietzsche deve se traduzir como uma história efetiva, mas para isso,

“(...) não se apoia em nenhum absoluto. Ele deve ter apenas essa acuidade de um olhar que distingue, reparte, dispersa, deixa agir as separações e as margens – uma espécie de olhar que dissocia, capaz de se dissociar dele mesmo e apagar a unidade desse ser humano que, supostamente, o conduz soberanamente na direção do passado”. (FOUCAULT, 2005b, p. 271).

Para alcançar o nível genealógico de análise histórica, a pesquisa da origem foi duramente criticada por Nietzsche. A partir daí, Foucault critica a pesquisa da origem como um *“esforço para captar a essência exata da coisa”, “seu segredo essencial”*. Por ela, *“deseja-se acreditar que, em seu início, as coisas estavam em seu estado de perfeição” ou, então, tem-se a origem como “o lugar da verdade”* (FOUCAULT, 2005B, p. 262-263). No lugar da origem, os trabalhos genealógicos de Nietzsche, segundo Foucault, se preocupam, antes, em buscar a proveniência e a emergência de seus objetos históricos. Proveniência, entendida como tronco ou característica comum dos acontecimentos, a tradição de ligação, a coerência existente entre eles, assim como as marcas das diferenças neles impressas, resultantes dos inumeráveis começos e interrupções próprios da heterogeneidade do devir histórico. A ideia de proveniência se opõe à ideia de uma linha que descreve uma continuidade histórica ininterrupta. A proveniência também permite reencontrar, sob o aspecto único de uma característica ou de um conceito, a proliferação de acontecimentos através dos quais (graças aos quais ou contra os quais) eles se formaram. Emergência, como o próprio jogo de irrupção, as relações de forças, seus movimentos, as condições de surgimento do acontecimento, mas não no seu termo final e sim na sua dinâmica viva. A emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua irrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores ao palco, cada com o vigor e a jovialidade que lhe é própria (FOUCAULT, 2005b).

O debate ocorrido entre diversos historiadores franceses e Foucault (1978), *“L'impossible prison: Debat avec Michel Foucault”*, como ponto de partida para a discussão apoiou-se no texto de Jacques Leonard, reconhecido historiador francês da medicina do século XIX, *“El historiador y el filósofo”*, e a resposta de Foucault com o texto *“El polvo y la nube”*. Esse debate demarcou, mais uma vez, as divergências conceituais e metodológicas entre a análise histórica proposta por Foucault e a forma mais tradicional de pensar a história. A polêmica que essa divergência estava ocasionando conduziu Foucault (1982), diante da necessidade de esclarecer questões conceituais dúbias, a produzir um texto muito didático e até certo ponto metodológico em torno de seu que fazer histórico.

Quais medidas metodológicas distinguem as análises históricas, caso se dediquem a estudar um período pré-definido ou, de outra maneira, desejem tratar de um problema? No primeiro caso há a necessidade do *“tratamento exaustivo de todo o material e equitativa distribuição cronológica do exame”*. Porém, são outras as regras a seguir quando se deseja pensar em termos de problema: a *“eleição do material em função dos dados do problema; focalização da análise sobre os elementos susceptíveis de resolvê-lo; estabelecimento de relações que permitam esta solução”* (FOUCAULT, 1982, p. 42). Essas diferenças metodológicas podem conduzir a dois procedimentos diferentes de análise do objeto: um deles consiste em atribuir-se um objeto e tentar resolver os problemas que podem levantar, o outro consiste em tratar um problema e determinar a partir dali o âmbito do objeto que é preciso recorrer para resolvê-lo (FOUCAULT, 1982).

É preciso compreender *“a função teórico-política”*, que assume na obra de Foucault seu modo de pensar a história, como uma ruptura de evidência, em primeiro lugar. Ali, onde nos sentiríamos bastante tentados a nos referir a uma constante histórica, que se imporia de igual maneira para todos, se trata de fazer surgir uma *“singularidade”*.

Mostrar que não era “tão necessário como parecia”, não era tão evidente que os loucos sejam considerados como enfermos mentais, não era tão evidente que a única coisa a se fazer com um delinquente seja encerrá-lo, não era tão evidente que as causas da doença tiveram que ser buscadas no exame individual dos corpos, etc. Ruptura das evidências, aquelas evidências em que se apoiam nossas práticas. (FOUCAULT, 1982).

Foucault nos permite assim um modo de análise histórica que não está em busca dos discursos mais corretos, mas da constituição dos próprios discursos em si e de como essas práticas discursivas resultam da instituição de políticas de verdade, no nosso caso, sobre a odontologia.

REFERÊNCIAS

DELEUZE, G. *Bergsonismo*. 34. ed. Tr. Luiz Orlandi. São Paulo: Editora 34, 1999.

FOUCAULT, M. *L'impossible prisión: debat avec Michel Foucault*. Trad. Joaquin Jordá. Barcelona: Editorial Anagrama, 1982.

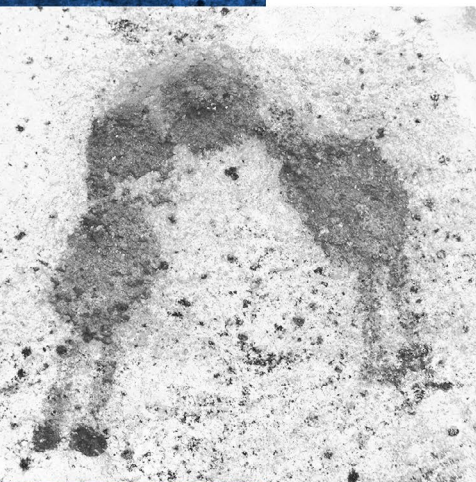
FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. e org. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitário, 2000.

FOUCAULT, M. Retornar a história. In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Ditos e Escritos II. 2. ed. Org. e sel. de textos por Manuel Barros da Motta. Trad. Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FOUCAULT, M. Sobre as maneiras de escrever a história In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Ditos e Escritos II. 2.ed. Org. e sel. de textos por Manuel Barros da Motta. Trad. Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia, a história. In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Ditos e



Escritos II. Org. e sel. de textos por Manuel Barros da Motta. Trad. Elisa Monteiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

WARMLING, C. M. Identidade e prática do cirurgião-dentista. *In*: Associação Brasileira de Odontologia; PINTO, T.; GROISMAN, S.; MOYSÉS, S. J. (Orgs). *PRO-ODONTO PREVENÇÃO Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 7. Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância*, v. 3, p. 9-30. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2014.

AS PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL NAS POLÍTICAS FORMALIZADAS PELO ESTADO BRASILEIRO

Thais Regis Aranha Rossi

A análise das políticas e das práticas pode ser realizada de distintas maneiras. Há muitos estudos históricos que se restringem à descrição e comprovação dos fatos. Esta perspectiva foi criticada pelo historiador Bloch (2001) que considerava o fato histórico não como um fato "positivo"¹, mas como produto de uma construção ativa decorrente da transformação da fonte em documento e deste em problema. Outra possibilidade de análise refere-se aos acontecimentos a partir da formulação de problemas (BLOCH, 2001; BOURDIEU, 2012). O sociólogo Pierre Bourdieu (2012) considerou o estudo da história como fundamental para a análise do mundo social tanto como técnica de ruptura com o senso comum quanto abordagem potencial para auxiliar a compreensão de problemas atuais e possibilidades de ação. Os agentes sociais são ativos, agem e a história atua através deles,

¹ Marc Bloch critica os historiadores positivistas, sempre manifestando sua preocupação em distinguir os historiadores peculiares dos sistemáticos. O sentido do positivismo recriminado é aquele "que se tingem de utilitarismo", quando os historiadores reduzem o trabalho histórico ao que parece capaz de "servir à ação".

enquanto produto. Ademais, outro aspecto importante diz respeito a conceber a lógica da história enquanto um processo e não como progresso. Esse processo nem sempre é contínuo, podendo apresentar rupturas (BOURDIEU, 2012).

Alguns estudos sobre a saúde utilizam abordagem histórica, o que vem possibilitando a desconstrução de algumas pré-noções, consideradas “naturais”. Cita-se como exemplo a análise feita por Remi Lenoir (1996) sobre a idade e a velhice. Este autor mostrou que o significado destas categorias variou segundo épocas e regiões como resultado de lutas, servindo de base para a construção da realidade social (LENOIR, 1996).

Este capítulo pretendeu abordar práticas formalizadas nas políticas de saúde bucal, publicadas no Brasil. Desta maneira, buscou refletir que tais práticas formuladas e incorporadas nestes documentos oficiais representam a materialidade da dinâmica de forças oriunda de um jogo social ao interior do campo odontológico. Para realizar esta análise, serão utilizados conceitos da sociologia genética e reflexiva do autor Pierre Bourdieu sem a pretensão de realizar um estudo sócio-histórico neste espaço.

O campo é um microcosmo social dotado de certo grau de autonomia relativa em relação a outros campos sociais estabelecidos, *habitus* em comum e *illusio*², investimento no jogo. Implica em outras coisas como uma identidade compartilhada e ou em disputa (BOURDIEU, 2005). O *habitus*, como princípio gerador e unificador do conjunto das práticas de um grupo de agentes é constituído por sistemas de disposições socialmente construídas e produtos de uma aquisição histórica (BOURDIEU, 2010). O conceito de campo foi aqui

² Cada agente faz uma série de investimentos que o tira da indiferença e lhe confere certa importância, desta forma, pode-se introduzir o conceito de *illusio*, enquanto fundamento da concorrência que opõe os agentes e que constitui o próprio jogo, sendo assim um investimento em questões específicas que estão em jogo no espaço social.

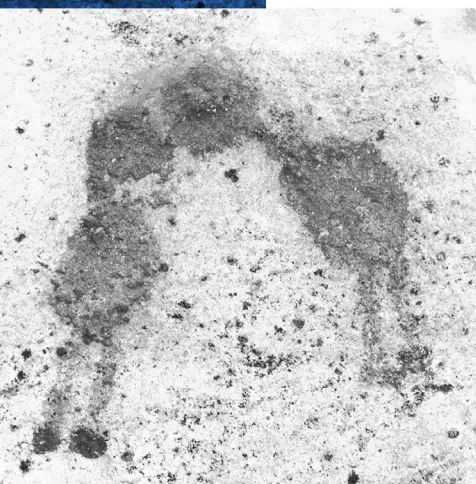
utilizado na busca por compreender o campo odontológico e suas práticas ao longo do tempo.

Uma política de saúde é aqui compreendida como resposta social do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes (PAIM, 2003). Foram identificadas as práticas constantes apenas nos documentos formalizados das políticas, de 1989 a 2004, não tendo sido consideradas as omissões do Estado brasileiro no que se refere aos problemas e necessidades voltadas à saúde bucal da população. Estes dados são oriundos do estudo de Rossi (2018), mas também buscou-se uma atualização do debate, a partir de uma reflexão sobre o cenário da pandemia da covid-19.

A compreensão da constituição do campo odontológico no Brasil conduziu a algumas reflexões e desafios colocados para a saúde bucal coletiva em tempos atuais e no cenário da pandemia da covid-19. Existe uma vasta produção científica, mas também técnica, sobre as práticas odontológicas no Brasil no século XIX, assim como em outros períodos. O objetivo deste trabalho não foi revisar ou esgotar essa literatura, mas trazer elementos que possam provocar o debate do tema.

Estudos sobre a emergência da prática dentária separada da prática médica no Século XIX partem do estudo da identidade das práticas odontológicas, com barbeiros e sangradores de um lado e médicos de outro (BOTAZZO, 1998; WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Outra pesquisa discutiu a gênese da profissão de cirurgião-dentista entre 1854 e 1951 (BARROS, 2019). Em 1951, tem-se o início dos primeiros exames para habilitação de dentistas no Brasil, e 1951, a Lei 1.314/1951 regulamenta a profissão. Os cursos anexos de instituições públicas, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina da Bahia foram os primeiros no país. Após, passam a exercer dominância frente aos cursos de instituições



privadas. No Rio de Janeiro, o concurso para preparador do laboratório de cirurgia e prótese ocorreu em 1883. Na Bahia, o curso foi instalado em 1891, mas apenas em 1935 foram abertos concursos em cadeiras próprias para o curso. Barros (2019) apontou que a principal questão em disputa no campo odontológico que estava em formação no século XIX e início do século XX foi a cárie dentária no que se refere à classificação e formas de tratamento.

No que se refere às disputas nas instituições de ensino são citados concursos para docentes específicos do curso de odontologia; distintas classificações e formas de tratamento da cárie dentária; constituição enquanto especialidade médica ou curso independente; relação de subordinação e dominação em relação ao campo médico; disputas entre as Faculdades do Império e as Escolas Livres de Odontologia (BARROS, 2019).

Conforme já mencionado, a arquitetura do campo odontológico, em sua emergência, não será alvo de análise neste capítulo, mas a compreensão das questões em jogo traz luz ao seu caráter dinâmico. Salienta-se a importância do estudo sócio-histórico sobre a emergência do campo odontológico no século XIX, a fim de compreender a dinâmica entre os grupos sociais envolvidos com a constituição dos problemas bucais como problemas sociais.

A prática odontológica no Século XX é marcada pela autonomia do ensino da odontologia (WARMLING; CAPONI; BOTAZZO, 2012) e mudanças no campo odontológico. O trabalho de Chaves e Rossi (2020) discute o campo odontológico no final do século XX e início do século XXI em um ensaio teórico. As autoras situam, inicialmente, o campo odontológico no espaço nacional de saúde do Estado brasileiro com interseções aos campos econômico, burocrático, científico e político.

Em articulação ao campo econômico, o polo do mercado é composto pelo complexo odontológico industrial, a assistência

odontológica privada e a assistência suplementar. As práticas odontológicas dominantes relacionam-se a este polo do campo odontológico. Narvai (2006) aborda a odontologia de mercado baseada no indivíduo doente, com práticas restritas ao consultório, ao ambiente clínico, à base biológica e individual. Sobre o campo burocrático, destaca-se o papel do Estado brasileiro, que compõe o polo do universal e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Não se pode afirmar que o polo de mercado está relacionado somente ao campo econômico e que o polo universal somente ao campo burocrático. Os campos e espaços sociais não possuem delimitações, entrecruzam-se. O campo científico possui papel importante no campo odontológico, com tomada de posições e produções distintas nos polos citados. Da mesma maneira, pode tratar sobre a interseção com o campo político, a partir de distintos interesses.

As políticas de saúde bucal, ou seja, as práticas defendidas enquanto respostas do Estado brasileiro à construção de problemas a estas relacionados, conformam o produto da dinâmica do jogo social onde se constrói a definição do problema como produto da interpenetração das estratégias dos diferentes grupos de agentes que se interessam em construir o problema como problema (ROSSI, 2018; PINELL, 2012).

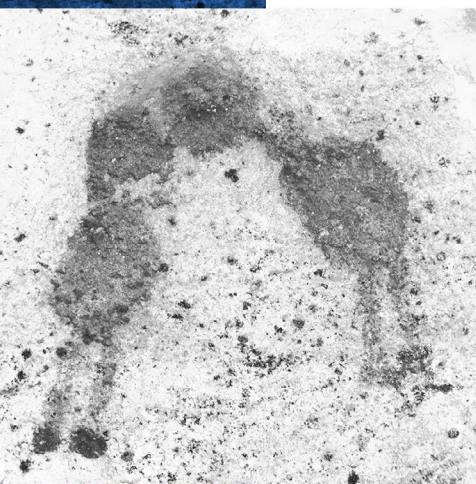
As políticas de saúde bucal no Brasil foram oriundas de um longo processo de construção por agentes inseridos em diversos campos e espaços sociais com interesses distintos, ao longo de um período que vai dos anos 1950 até o ano de 2004 (ROSSI, 2018). As condições históricas de possibilidade que conformaram novas ou manutenção de práticas odontológicas perpassam a lógica específica do campo como espaço de posições e de tomadas de posição atuais e potenciais (PAIM, 1996). A seguir, apresentarei as práticas formalizadas enquanto respostas do Estado a partir de 1988.

Em outubro de 1988, em Brasília, foi lançado o primeiro documento intitulado Política Nacional de Saúde Bucal, com publicação oficial no ano de 1989. A política apresentava um conceito de Atenção Básica em Saúde Bucal entendido como sinônimo de ações essenciais destinadas ao alívio da dor e controle de infecção em grupos epidemiologicamente prioritários (ROSSI, 2018).

O objetivo geral da política aprovada pela Portaria nº 613/GM, de 13 de junho de 1989, foi “proporcionar melhores níveis de saúde bucal à população brasileira e ampliar o acesso aos serviços odontológicos disponíveis” (BRASIL, 1989), entretanto, observou-se um objeto de trabalho predominantemente voltado aos dentes e à cárie dentária.

Os objetivos específicos contemplavam: (i) alcançar ampla cobertura das crianças de 6 a 12 anos; (ii) prevenir as doenças bucais, com ênfase na cárie dental, em toda a população, a partir do nascimento; (iii) enfatizar ações de educação para a saúde bucal, em todos os níveis; (iv) prestar cuidados essenciais onde houvesse uma comunidade; (v) prestar atenção especializada a casos encaminhados pela rede básica de saúde bucal; e (vi) expandir, gradativamente, a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro grau de prioridade – 13 a 19 anos e 2 a 5 anos de idade. Observa-se que o documento da política buscava responder ao inquérito epidemiológico de 1986, que estabelecia como prioridades a cárie e a doença periodontal.

O Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (Precad), publicado no mesmo ano, tinha como objetivo geral reduzir em 10 anos, 50% da cárie dentária na população brasileira. A proposta era atingir o máximo de pessoas possíveis. Os subprogramas eram: (i) fluoretação de água de consumo público; (ii) uso tópico de fluoretos; (iii) opção pela adoção de géis fluoretados aplicados em moldeiras na época das campanhas de vacinação, para atingir o máximo de pessoas; (iv) vigilância e controle - Normas para controle e registro de produtos; (v) formação de recursos humanos; e (vi) estudos epidemiológicos e biológicos.

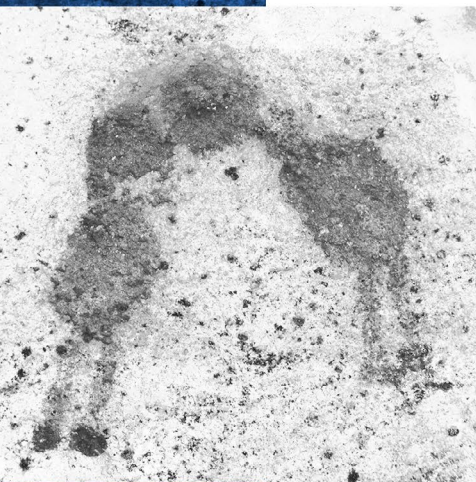


A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil (PNSB) de 1989 não incorporou todas as deliberações da I Conferência Nacional de Saúde Bucal. A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) incorporou as temáticas gerais da VIII CNS, tendo sido convocada pelo Ministério da Saúde, de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília, e contado com mais de 1000 participantes. No relatório final da Conferência, considerava-se que as conclusões produzidas representavam o que existia de mais democrático e progressista para a odontologia e a sociedade civil organizada do país sobre saúde bucal até o momento (CNSB, 1986).

Destacou-se a posição da saúde bucal vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos e se ressaltava a responsabilidade e o dever do Estado por sua manutenção (CNSB, 1986). O relatório também apontou a importância do controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação dos Programas de Saúde Bucal.

Na I CNSB, a saúde bucal dos brasileiros foi adjetivada como caótica, apontando que apenas 5% da população tinham suas necessidades atendidas no modelo vigente, caracterizado como elitista, monopolizador, de altos custos de tecnologia densa, iatrogênico e mutilador. Foram também discutidos a inexistência de dados epidemiológicos fidedignos, a pouca utilização de pessoal auxiliar, a não utilização de métodos preventivos de nível elementar coletivo, de forma sistematizada, o descumprimento da legislação quanto à fluoretação das águas, a ausência de ações de educação em saúde bucal, a “proliferação irracional de Faculdades de Odontologia” e a ausência de cirurgiões-dentistas (CD) nos órgãos decisórios do atual sistema.

Foi discutido que o “Programa Nacional de Saúde Bucal” deveria estar inserido no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram abordadas a produção e a pesquisa em saúde bucal, a adoção de uma política de recursos humanos na saúde bucal, a formulação deste programa



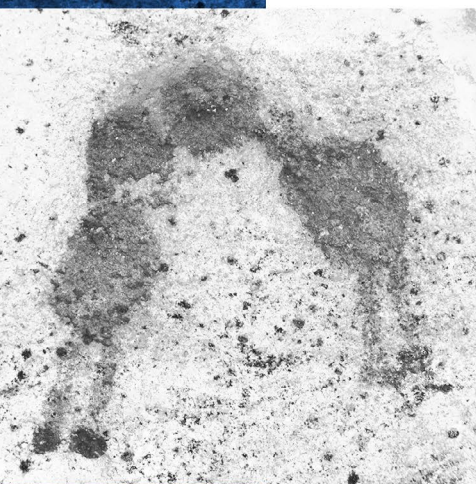
como base nas diretrizes da área, respeitando as definições de cada esfera de gestão e estabelecendo as prioridades mínimas (faixa etária de 0 a 14 anos, gestantes, adulto, com concordância democrática da população atendida), a criação de prontuário único e o estímulo à organização comunitária e à ampla publicidade aos alimentos altamente cariogênicos, através de seus rótulos e propagandas (CNSB, 1986). O V Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), realizado de 23 a 26 de agosto de 1988, reafirmou o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, as conclusões da VIII CNS e da I CNSB (ROSSI, 2018).

A plenária do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), de 28 de janeiro de 1989, apontava que o documento ignorava as deliberações da I CNSB (ZANETTI, 1993). O Movimento, segundo os boletins de divulgação, foi criado com o “intuito de estimular, a nível nacional a articulação dos profissionais da odontologia rumo a caminhos democráticos e populares” (MBRO, 1985).

As diferentes tomadas de posição teóricas influenciaram cursos diferentes das políticas de saúde bucal no Brasil quando a nova gestão da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) assumiu no início da década de 1990, após eleição presidencial (ROSSI, 2018).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 184, de 9 de outubro de 1991, que criou três tipos de procedimentos coletivos em saúde bucal. A portaria que anunciava entrar em vigência a partir de 1º de janeiro de 1992 era justificada pela mudança do modelo de atenção odontológica e para a reversão da situação de saúde bucal no país, assim como pela necessidade de compatibilizar o financiamento das ações com o novo modelo proposto (BRASIL, 1991).

O Procedimento Coletiva (PC) I era constituído pelo “conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos,



desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados”, sendo composto por exame epidemiológico³, educação em saúde⁴, bochechos fluorados⁵ e higiene bucal supervisionada⁶. Este é o primeiro registro em política de cunho nacional da utilização da escovação supervisionada. Já a fluoretação tópica era utilizada desde o sistema incremental. O PC II consistia em todos os procedimentos do PC I acrescidos de exame clínico para diagnóstico, terapia intensiva com flúor. Já o PC III contemplava todos os procedimentos do PC I e do PC II acrescidos de remoção de cálculo e polimento dentário, escariação e selamento de cavidade com cimento provisório, aplicação de selantes, remoção de raízes residuais, aplicação de cariostático.

O subgrupo dos procedimentos individuais iniciava sua descrição com o exame clínico e era composto por um elenco de ações em componentes denominados Odontologia Preventiva (I, II, III, IV e V); Dentística (I e II); Endodontia e Odontologia Cirúrgica (I e II).

No componente Odontologia Preventiva (OP) I constava apenas a Higiene Bucal Supervisionada; já na Odontologia Preventiva II, a aplicação tópica de flúor por indivíduo, selante e cariostático por dente, além de coleta de material para citologia esfoliativa. Os procedimentos de Periodontia como raspagem, alisamento e polimento dentário, assim como curetagem subgingival, compunham a Odontologia Preventiva (OP) III e IV, respectivamente. Na OP V, constavam procedimentos de ortodontia e pediatria. Nos componentes de Dentística existiam restaurações de amálgama, resina e também a pino. As exodontias

³ Realizado anualmente para verificar as modificações no quadro epidemiológico das doenças bucais no grupo atendido (BRASIL, 1991).

⁴ Atividades educativas realizadas em periodicidade trimestral, enfatizando os cuidados com a saúde bucal.

⁵ Realizados semanalmente durante todo o ano com soluções de fluoreto de sódio a 0,2%, sendo, no mínimo, 25 aplicações.

⁶ Evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizadas, no mínimo, a cada três meses, ao longo do ano, fornecendo a cada participante uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretada de 100 ou 90 gramas, a cada três meses (BRASIL, 1991).

de dentes decíduos e permanentes assim como as múltiplas e de raízes residuais compuseram o bloco da odontologia cirúrgica. Já na Endodontia observa-se a possibilidade de pulpotomia e tratamento para dentes uni, bi ou tri radiculares, entretanto, não previa retratamentos.

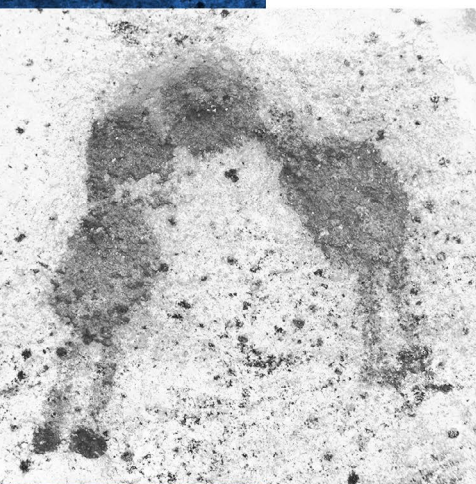
Em 24 de dezembro do mesmo ano foi publicada a Portaria nº 198, de 23 de dezembro de 1991, que tornou sem efeito a Portaria nº 184, publicada anteriormente. A justificativa perpassou a adequação dos códigos aos procedimentos afins e o ajuste às especialidades de Cirurgia e Prótese bucomaxilofacial.

O relatório final do VIII ENATESPO (1991) repudiou o pagamento de serviços por produção. Exigia o repasse de verbas segundo critérios demográficos, criticava a exclusão de grupos não prioritários, como adultos e crianças de zero a três anos, e reiterava, ainda, a necessidade de integração das ações de saúde bucal nas práticas coletivas de saúde e o resgate da integralidade dessas práticas (ENATESPO, 1991).

Em jornais de grande circulação, críticas gerais às condições de saúde bucal da população tratavam de financiamento e da necessidade de superação da dicotomia cura x prevenção (PUCCA JR, 1992a), destacando os resultados de estudos da OMS segundo os quais, aos 20 anos, os brasileiros já possuíam 19 dentes cariados (PUCCA JR, 1992b).

Críticas foram realizadas quanto ao termo procedimento coletivo, tendo em vista que o PC não representava apenas um procedimento (CARVALHO *et al.*, 2009) era um termo do campo médico destinado a ações clínicas de cunho individual. O PC é constituído por um conjunto de ações e o fato de igualar atos distintos criava dificuldades nos registros para mensuração e avaliação do trabalho prestado, o que comprometia a própria credibilidade do registro (CARVALHO *et al.*, 2009).

Em 1993, a segunda CNSB trazia como tema “a Saúde é direito de cidadania” pautando um novo modelo de atenção à Saúde Bucal,



recursos humanos, financiamento, controle social. Destaca-se a importância do Movimento da Saúde Bucal Coletiva - SBC. Surgido em meados da década de 1990. Produto de um movimento político, articulado à Reforma Sanitária Brasileira, pela politização do campo odontológico e mudança de suas práticas (SOARES, 2019). A SBC propunha rupturas com as premissas biologicistas, tecnicistas, e individualistas da Odontologia de Mercado. A saúde bucal das populações não seria apenas o resultado da prática odontológica transcendendo-a (NARVAI, 2006; NARVAI; FRAZÃO, 2006).

Os procedimentos coletivos II e III foram excluídos da tabela de procedimentos SIA/SUS⁷ em 1997, sendo concatenados em apenas um procedimento coletivo. Os Procedimentos Coletivos foram unificados⁸, integrando o Piso da Atenção Básica (PAB).

No ano seguinte, em outubro de 1997, foi lançado um documento no qual os esforços estiveram voltados, novamente, para as práticas de saúde bucal na saúde da família, desta vez direcionada para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 1997).

O documento elencava dois grupos de atividades a serem desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde: (i) educação/prevenção em saúde bucal; e (ii) detecção de problemas e encaminhamento adequado. O primeiro grupo foi constituído por três atividades: educação em saúde bucal sobre as causas das principais doenças que afligem a cavidade bucal, consumo inteligente de açúcar, higiene bucal e autoexame; escovação supervisionada e bochechos fluorados. Já o segundo grupo tratava do encaminhamento de casos de odontalgias, hemorragias, abscessos, fraturas dentárias e ósseas, cavidades de cárie, sangramento gengival, lesões de mucosa e fendas palatinas/lábio leporino aos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

⁷ Portaria MS/GM nº 1.889, de 18 de dezembro de 1997, publicada no DOU, de 22 de dezembro de 1997.

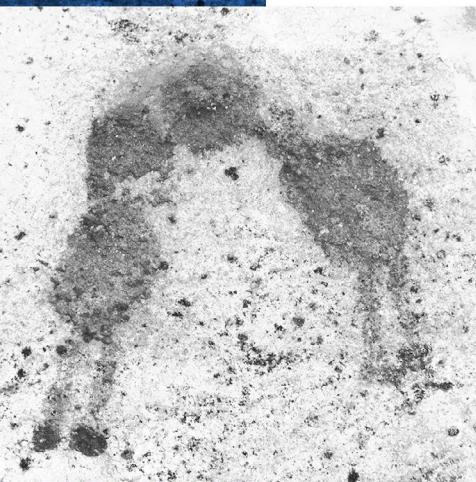
⁸ Portaria nº 166, de 31 de dezembro de 1997, publicada no DOU, de 20 de janeiro de 1998.

De acordo com o documento, o ACS seria responsável por explicar as principais doenças que atingem a cavidade bucal e os cuidados necessários para a sua prevenção. Outra função seria orientar os membros da família quanto à limpeza dos dentes e o uso de fio dental. Ademais, deveriam realizar escovações supervisionadas e bochechos fluorados com orientação de equipes odontológicas. Entretanto, o documento não retratou os aspectos operacionais de implementação da proposta (BRASIL, 1997).

No relatório final do XV ENATESPO, realizado no período de 26 a 30 de setembro de 1999, no Rio de Janeiro/RJ, também se destacou a importância da referida inclusão, pois programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) possibilitavam “ir além das estratégias tradicionais restritas a determinados espaços sociais, ao privilegiar como local de atuação o território e a família” (ENATESPO, 1999, p. 2). A plenária final reconheceu e afirmou a importância da inclusão dos profissionais da odontologia que são o cirurgião-dentista, o Auxiliar de Consultório Dentário, à época, hoje com a denominação de Auxiliar em Saúde Bucal, e o Técnico de Higiene Dental, atualmente Técnico em Saúde Bucal, nas equipes do PSF (ENATESPO, 1999).

O Boletim da Federação Interestadual dos Odontologistas destacava a defesa do ENATESPO pela inclusão de profissionais de odontologia no PSF, não apenas o CD (FIO, 1999).

Sobre a inclusão da equipe de saúde bucal, foram publicadas duas portarias. A primeira, a Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, publicada no DOU, de 29 de dezembro de 2000, que estabelecia o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do PSF (BRASIL, 2000). A segunda portaria, a já mencionada Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, publicada no DOU, em 7 de março de 2001, regulamentava o ato anterior (BRASIL, 2001). Narvai (2000) apontou a inclusão tardia da saúde bucal no PSF (NARVAI, 2000).

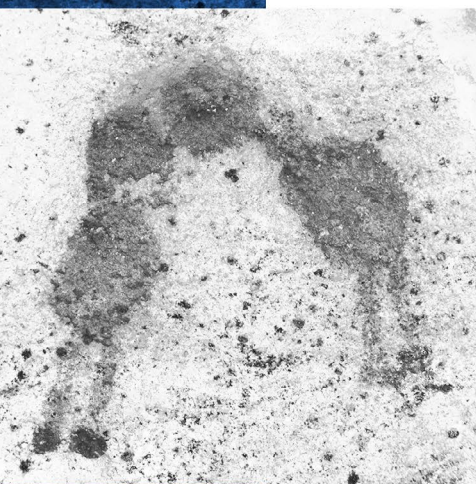


Um novo documento intitulado “Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil – PNSB”, a política “Brasil Sorridente”, foi publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde. Alguns autores consideram que o início da formulação da PNSB, de 2004, partiu de movimentos desencadeados desde as décadas de 1970 e 1980 (ANDRADE, 2008; NARVAI, 2011; ROSSI, 2018).

Narvai (2011) aponta que o processo de formulação da política foi um processo de “longa maturação” que foi se definindo em um processo coletivo de construção vinculado à Reforma Sanitária e “às trajetórias históricas das forças partidárias que se articularam na coligação que, em 2002, levaria à eleição de Lula” (NARVAI, 2011, p. 24). Apontou, ainda, que a maior decisão estratégica do governo Lula foi ter assumido as proposições recusadas em seu conjunto nos governos democráticos anteriores (NARVAI, 2011).

A política foi publicada em 17 de março de 2004, em Sobral, no estado do Ceará, com a presença dos presidentes das principais entidades odontológicas que homenagearam o então presidente pelo lançamento da política (FIO, 2004). O documento trata das diretrizes para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, baseada em uma concepção de saúde ampliada e tendo o cuidado como “eixo de reorientação do modelo” (BRASIL, 2004, p. 3). A qualificação da atenção básica, sua articulação com a rede de serviços e seu reconhecimento como estratégia na reorganização do modelo de atenção, a integralidade das ações, a utilização da epidemiologia e informações sobre o território para subsidiar as ações, o monitoramento de indicadores, a vigilância à saúde, a definição de política de educação permanente para os trabalhadores, financiamento e agenda de pesquisa foram os pressupostos estabelecidos para a política nacional (BRASIL, 2004).

Os princípios norteadores do documento são gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional,



com um processo de trabalho baseado em interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência, condições de trabalho e parâmetros discutidos entre as coordenações de saúde bucal nacional e estaduais (BRASIL, 2004).

As ações propostas se baseavam em: promoção e proteção da saúde na perspectiva de integrar a saúde bucal às demais práticas de saúde; fluoretação das águas; educação em saúde considerando diferenças sociais, peculiaridades culturais, integrando as ações educativas com as demais áreas, com sua realização pela equipe de saúde bucal; higiene bucal supervisionada; aplicação tópica de flúor; e ações de recuperação e de reabilitação. O documento situa, ainda, na ampliação e qualificação da atenção básica, a prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e o aumento da resolutividade do pronto-atendimento, a inclusão de procedimentos mais complexos, como pulpotomias, restaurações em cavidades mais complexas, pequenas fraturas dentárias e instalação de próteses elementares, assim como a inclusão da reabilitação protética na atenção básica. Foi proposto o modelo baseado nas linhas de cuidado, em faixas etárias e por condições de vida, como em gestantes, na tentativa de superar o modelo biomédico de atenção às doenças. Por fim, a política trata da ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária em saúde bucal e referenda a estratégia de saúde da família (BRASIL, 2004).

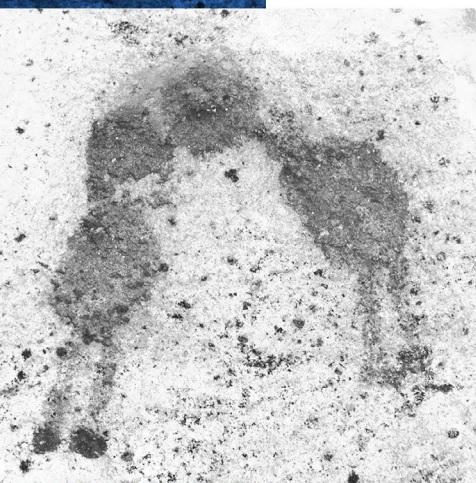
Quando se analisa a utilização dos serviços de atenção básica no Brasil, observa-se um grande crescimento de 2003 a 2015 com reduções significativas a partir de 2016 e principalmente entre os anos de 2017 e 2018. O número total de procedimentos especializados também apresenta tendência crescente, mas acentuado decréscimo em 2018. Percebe-se tendência à redução do número de procedimentos especializados em saúde bucal, especificamente nos relacionados à endodontia de 2011 a 2018 (ROSSI *et al.*, 2019).

Os repasses financeiros realizados pela União a estados e municípios no período de 2003 a 2018 apresentam um crescimento até 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e redução a partir de 2017 com grande queda em 2018. Entretanto, diferentemente da redução dos procedimentos utilizados no SUS, há um enorme avanço da taxa de utilização de planos privados exclusivamente odontológicos com grande aumento do lucro às empresas/ aos empresários desse setor. Cabe questionar quais práticas são desenvolvidas e quais necessidades da população brasileira no que se refere à saúde bucal são atendidas no modelo da assistência suplementar? As medidas de austeridade fiscal apresentaram forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode estar beneficiando o mercado privado (ROSSI *et al.*, 2019).

Ainda sobre o polo de mercado do campo odontológico, cita-se a precarização do trabalho do cirurgião-dentista (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BLEICHER, 2012), o grande número de cirurgiões-dentistas no mercado de trabalho aliado ao número crescente de faculdades de odontologia que contribuem para o reforço das práticas da Odontologia de Mercado.

No polo do universal destaca-se o papel do Estado com a redução do financiamento para a saúde bucal (ROSSI *et al.*, 2019; ROSSI *et al.*, 2018), ausência de priorização da política, o que poderia representar uma ameaça à conquista histórica da saúde (e bucal) como um direito. Destaca-se aqui, além da redução do financiamento, as sucessivas mudanças do principal cargo da Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, com nomeação recente de agente externo ao campo odontológico. Narvai (2020) aponta sobre a perspectiva de término do Brasil Sorridente, como a conhecemos atualmente, como prioridade de governo, por ausência de condições políticas.

Não poderia deixar de citar a Política Nacional de Atenção Básica que deixa facultado ao gestor a possibilidade de implantação da equipe de saúde bucal, assim como a Portaria 2.539, de 26 de setembro de



2019 que limita a composição mínima das equipes de atenção primária (eAP) a médicos e enfermeiros, além do Programa Previne Brasil com a definição do único indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico que impactará na alocação e distribuição de recursos da União. Estas ações do Estado brasileiro poderão ocasionar mudanças no modelo de atenção com retrocessos a um modelo curativista, excludente e gerador/perpetuador de iniquidades.

Não poderia deixar de ser destacado o cenário da pandemia de covid-19 que impôs mudanças no campo odontológico. Cumpre trazer questões que ajudam a refletir as práticas dominantes do campo. Como ficou a prática odontológica nesse contexto? Quais políticas envolveram cirurgiões-dentistas e a equipe de saúde bucal no enfrentamento da pandemia? Quais as práticas de saúde bucal foram desenvolvidas com a paralisação dos atendimentos eletivos? E as condições de trabalho? Como se dará a proteção ao trabalho e a adequação dos ambientes nas múltiplas formas de inserção laboral? Como os cirurgiões-dentistas vêm se organizando para trazer respostas à pandemia e pós-pandemia?

A pandemia exacerbou a crise relacionada à prática odontológica hegemônica polo do mercado na impossibilidade de exercer sua prática primaz clínica, individual, fragmentada e focada na doença. Poder-se-ia dizer que a pandemia impôs novas questões ao jogo no campo odontológico? Pode-se pensar na conformação de um novo espaço dos possíveis para avanço das práticas de saúde bucal e não somente odontológicas? O espaço dos possíveis pode ser definido como um sistema de categorias (sociais) de percepção e de apreciação, de condições sociais de possibilidades e de legitimidade que definem e delimitam o universo do pensável e do impensável (BOURDIEU, 1996).

Para finalizar, destaco um excerto da obra *“As regras de arte”*, na qual Bourdieu (1996) analisou o campo literário que pode auxiliar no estudo e na compreensão do campo odontológico: [...] “marcar época



é, inseparavelmente, fazer existir uma nova posição para além das posições estabelecidas, na dianteira dessas posições, na vanguarda, e, introduzindo a diferença, produzir o tempo” (BOURDIEU, 1996, p. 181).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. R. D. *Análise das relações de poder na política nacional de saúde bucal: o dito e o visto*. 2008. 170f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós graduação em Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiania, 2008.

BARROS, S.G. *Da arte dentária à odontologia moderna: a gênese da profissão de cirurgião-dentista no Brasil e na França do século XIX*. Relatório de pesquisa. 2019.

BLEICHER, L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, p. 668-682, 2012.

BLOCH, M. *Apologia da História ou o ofício do Historiador*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec, 2000.

BOURDIEU, P. *Sur L'Etat: Cours au college de France 1989-1992*. Paris: Raisons d'agir, 2012.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papius, 1996.

BOURDIEU, P. *As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL. Portaria 184, de 09/10/1991, que aprova a nova tabela de procedimentos odontológicos. [*Diário Oficial da União*]: Brasília, DF, p. 22125-22127, 1991.

BRASIL. *Diretrizes para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na área de saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 267, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 67-68, 07 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 85, 29 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, Brasília: MS; 2004.

CARVALHO, L. A. C. *et al.* Procedimentos coletivos de saúde bucal: gênese, apogeu e ocaso. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 490-499, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300013&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

CHAVES, S.; ROSSI, T. R. A. *COVID-19 and the possible effects on oral health care: considerations on the dentistry field*. Manuscrito, 2020.

CNSB. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: *Ministério da Saúde*, 1986. 6p.

ENATESPO. *Relatório final do VIII ENATESPO*. São Paulo, 1991.

ENATESPO. Documento Final do XV Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. *Ação Coletiva - Revista da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva*. Brasília: ABRASBUCO, 1999.

FIO. *Boletim da Federação Interestadual dos Odontologistas*. Brasília: FIO, set./out., 1999.

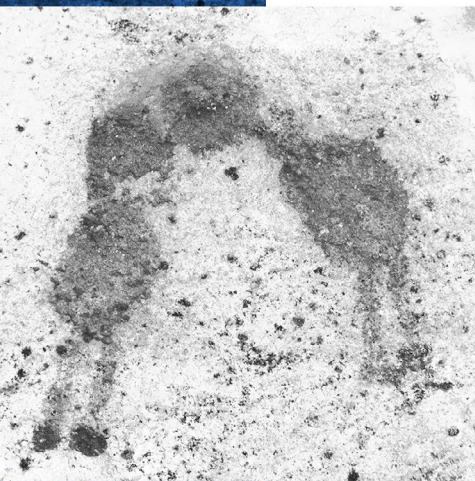
FIO. *Boletim da Federação Interestadual dos Odontologistas*. Brasília: FIO, abr.-mai., 2004.

LENOIR, R. Objeto sociológico e problema social. In: CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R., *et al* (Ed.). *Iniciação à prática sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.

MBRO. Boletim Informativo do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica. São Paulo: *Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica*, 1985.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 141-147, 2006a. ISSN 0034-8910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400019&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

NARVAI, P. C.. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 141-147, ago. 2006.



NARVAI, P. C. Mais dentistas? *Jornal do Site Odonto*, 2000.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P. C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p. 175-187, 2020.

OLIVEIRA, R. S. de. *et al.* Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 792-802, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300792&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 abr. 2021.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Ed.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PINELL, P. *Análise sociológica das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

PUCCA JR, G. A. A tragédia da saúde bucal no Brasil. *Folha de São Paulo*, p. 1, 21/09/1992, 1992a.

PUCCA JR, G. A. saúde bucal no Brasil. *Folha de São Paulo*, p. 1, 26/11/1992, 1992b.

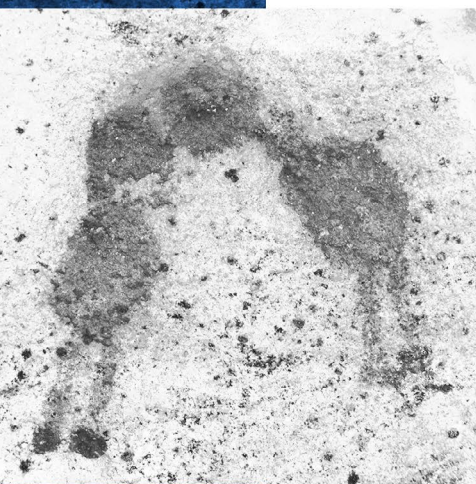
ROSSI, T. R. A. *Produção Social das Políticas de Saúde Bucal*. Salvador: EDUFBA, 2018.

ROSSI, T. R. A.; LORENA-SOBRINHO, J. E; MARTELLI, J. P; CHAVES, S. C. L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204427&lng=en&nrm=iso.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; SANTOS, A. M. L.; SANTANA, S. F. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde Debate*. v. 42, n. 119, p. 826-836, 2018.

SOARES, C. M. S. *A constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2019.

ZANETTI, C. H. G. *As marcas de mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80*. 1993. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.



WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-195, mar. 2012.

WARMLING, C.M.; CAPONI, S.; BOTAZZO, C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 115-122, mar. 2006.

HISTÓRIA DA MICROPOLÍTICA DAS PRÁTICAS ODONTOLÓGICAS, OU POR UM CONCEITO DA PRÁTICA DOS DENTISTAS

Carlos Botazzo

Nestas linhas introdutórias a este Diálogo Bucaleiro, dessa boca que nunca se aquieta, torna-se obrigatório resgatar o tema do pertencimento. Quando pensamos sobre a prática ou de como a prática nos constitui como sujeitos, logo vem à tona essa questão. E é deste modo, porque sempre que somos sujeitos constituídos por uma prática, já fica evidenciado como pertencemos, onde esse pertencimento se expressa e a qual território diz respeito, território que, então, é a um só tempo sua localização e sua existência (WARMLING *et al.*, 2012; WARMLING, 2017).

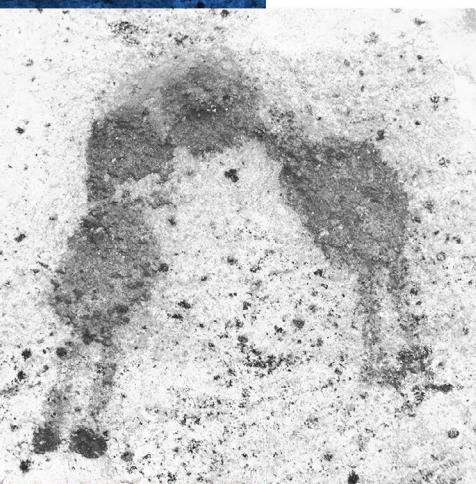
Para este nosso raciocínio, esse território deve ser entendido como o da prática odontológica ou das práticas odontológicas, posto não haver apenas uma e sim várias e diferentes. É nesta direção que devemos entender a dimensão instituinte da odontologia. Como prática social, ela se constitui – o seu próprio processo de se dar como instituição – e, ao fazê-lo, institui tempos, técnicas, processos, ritmos, modos de fazer. É desta maneira que então ela é produzida e a um só tempo produtora. Ela é o modo prático de produção de cirurgiões-dentistas. Em ato vivo, eis a



odontologia reproduzida no ciclo de sua existência social. Mas não seria apenas desse modo, linear e unívoco. Ser assim, como ela é, significa que são produzidos a um só tempo os dispositivos práticos, objetivos e os imateriais ou subjetivos, os modos pelos quais a odontologia e em conjunto os dentistas se representam e são representados pela sociedade. Ou o modo como se veem e são vistos.

DO QUE ESTAMOS FALANDO

Esses tempos de pandemia nos direcionaram para atividades on-line. A situação é terrível e ainda não temos clareza sobre o que está havendo, porém há linhas muito bem estabelecidas do momento em que vivemos no Brasil. Vivenciamos ou experienciamos essa política que está colocada, essa coisa devoradora que está posta. Ardem as florestas do nosso país, ardem os nossos corações. É nesta marca que somos estimulados ao deslocamento, a sair em busca de novas possibilidades. Volta à lembrança a frase-síntese: “Há grande desordem sob o céu, a situação é excelente”. À primeira vista essa afirmação não faz sentido, nem fez sentido para muitos quando foi proposta como lema do 15º Congresso Paulista de Saúde Pública (BOTAZZO *et al.*, 2018). No entanto, por ser inusual, ela nos instiga e calmamente nos conduz a refletir e logo começam a se formar umas elaborações novas. Há desordem, é verdade, e esta incompreensível liberdade linguística estimula nossa mente a pensar diferente, a pensar o novo, a interpretar as ocorrências com o olhar que pergunta como essas coisas foram ou são possíveis; não é perguntado “por quê”, uma pergunta algo ligada à moral, e sim quanto “ao modo” como puderam acontecer, seu vir a ser, a sua condição de possibilidade, que é o processo mesmo de tornar-se fato. Então, perceber excelência e expressividade onde apenas aparece desordem implica olhar e distanciamento, implica movimento e deslocamento. E se nos vamos a deslocar, que seja ao menos para ir em busca daquilo que não conhecemos. Penso que isso nos ajuda a



outra vez procurar a utopia. Que as deusas dos mundos não existentes nos protejam e nos inspirem.

Tomarei um caminho um pouco diferente do adotado por Thais Rossi, minha colega de jornada, porque penso abordar o modo como dentistas são formados, ou seja, produzidos, e como em processo, ao serem produzidos, reproduzem a odontologia. Para esse propósito, gostaria inicialmente de articular duas categorias do pensamento de Bourdieu (1972), que são *habitus* e *illusio*. Fiz associações com questões mais internas da prática odontológica, e, pensando história, pensando essa prática que nos constitui, puxei a ligação com essas duas ideias, que lidam direta ou indiretamente com outro conceito chave para entendimento dessa temática e que é o conceito de estrutura. É assim que o autor, de modo militante, nos convida a pensar *habitus* e *illusio*, e a perceber como a partir delas é possível pensar o conceito de estrutura, ou seja, as regras gerais objetivas que mais ou menos inconscientemente conduzem nossas ações. A despeito de bastante surrada, essa categoria ainda tem força teórica para explicar muita coisa, múltiplos eventos que se materializam no espaço do social. Em conjunto, essas três categorias nos fornecem a boa base para pensar uma teoria da prática odontológica. Por extensão, igualmente uma teoria da prática da saúde bucal coletiva.

Habitus seria, grosseiramente, aquilo que nos é familiar, que se torna familiar para nós. As coisas familiares surgem, se constituem, se desenvolvem e mesmo podem se transformar em outra coisa e, dado o fato de acompanharmos sua gênese, psicicamente nos acomodamos ao seu curso e evolução tanto quanto acompanhamos coisas que se desenvolvem no espaço dos afetos e das emoções. Quando pensamos ou falamos em *habitus*, o fundamental é perceber as regras às quais essas coisas familiares acham-se perfiladas. O que significa dizer que o *habitus* é o princípio organizador da ação. Dito de outro modo, *habitus* são “sistemas de disposições duráveis,

estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, ‘como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações’ que podem ser objetivamente ‘reguladas e regulares’ (...)” (BOURDIEU, 1972, p. 175). Por isso, para um dentista a odontologia e seus procedimentos lhe são tão familiares quanto continência e ordem unida são para militares.

Já *illusio* pode ser vista como um jogo, um jogo bem jogado com seus elementos (cartas?) formadores: as crenças e gostos comuns entre os que estão em relação no jogo, no mesmo campo. *Illusio* indica a crença fundamental dos participantes do jogo, ou seja, de uma ação social determinada. *Habitus* e *illusio* acham-se em diálogo permanente. O jogo, como conteúdo expresso da *illusio*, vem a ser “jogo social”. Não ficamos o tempo todo lembrando as ‘regras’ do jogo em sociedade. Todos os jogos em todos os campos – educação, economia, ciência, saúde etc. – são conduzidos por regras e elas são internalizadas nos corpos dos agentes (homens concretos) por efeito do *habitus* (ou seja, daquilo que nos é tornado familiar). Por isso, os jogos dos distintos campos – saúde, educação etc. – formam *illusio* particulares ou o lugar de jogos específicos. E fazemos tudo isso sem ter que pensar (ter consciência) porque internalizamos as regras de funcionamento do jogo, tal como “alguém que há muito tempo aprendeu a dirigir. Seu corpo já internalizou a própria dinâmica prática da ação de dirigir (trocar marchas, fazer curvas etc.)” (MONTEIRO, 2018, p. 105).

Como lugar de “disposições internalizadas”, isto é, de lugar da vontade (ou do desejo) *illusio* expressa crenças, linguagens e outras formas culturais ou simbólicas; sujeitos podem partilhar e também pertencer a diferentes *illusio*. Neste sentido, *illusio* é homólogo ao conceito de coletivo de pensamento ou de comunidade epistêmica, proposta por Fleck (1986). Este autor definiu comunidade epistêmica (ou seja, comunidade de pensamento) como lugar de partilha de linguagem e de objetos, lugar de preocupações, modos de ver e fazer,

de crenças e igualmente de pertença a diferentes coletivos a um só tempo – políticos, religiosos, científicos, interesse cultural, etc. (FLECK, 1986, p. 85). É muito parecido *illusio* e comunidade epistêmica. E fica ainda mais forte a proximidade se nos referimos à *illusio* particular da ciência (os que jogam o jogo da ciência).

É mesmo o caso de perguntar das condições práticas para a pesquisa em Saúde Bucal Coletiva e se nós, os bucaleiros, pertencemos a um coletivo de pensamento, se formamos uma comunidade epistêmica. Estamos provavelmente ainda muito seduzidos pelo conceito de paradigma, cujo engessamento nos impede de perceber a fluidez que as coisas têm (MOYSÉS; SHEIHAM, 2003, p. 387-442). E também o fato de pertencermos a diferentes coletivos (políticos, religiosos, culturais) e nem sempre levamos em conta ou nem mesmo sabemos, queria mostrar pouco essa dimensão. Enfim, destacar a natureza “operativa” da produção intelectual de Pierre Bourdieu e também seu lado crítico, ele que, como sociólogo, dizia não ser um “comentador sedentário das ideias alheias”; ou a afirmar que “a sociologia é um esporte de combate” (CARLES, 2001).

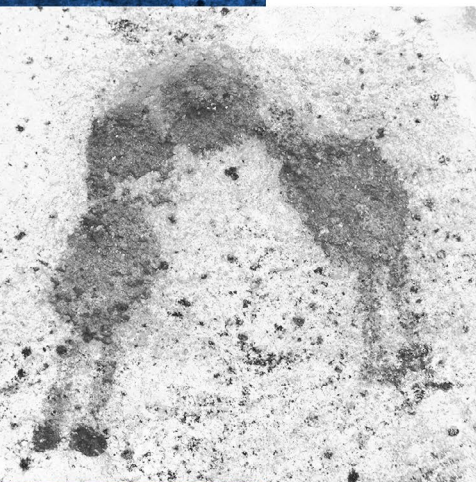
As teorias de Bourdieu têm assim essa dimensão que solta, desamarra o modo de perceber. E esse diálogo que entra o tempo todos para nós, que nos faz perguntar: o que é essa prática, essa odontologia que nos constitui? Como somos? No entanto, mesmo sendo a odontologia essa instituição, tal como ela se apresenta e tal como historicamente se constituiu e nos constituiu, é preciso, à moda de Raymond Carver⁹, perguntar: do que estamos falando quando falamos de saúde bucal coletiva? E não é sem sentido essa questão. Pois é possível distingui-las - Odontologia e Saúde Bucal Coletiva - pelos problemas teóricos e práticos de cada uma delas: a eleição de objetos, as linguagens de que se servem, os métodos empregados, as teorias que explicam e ajudam a compreender uma e outra e os problemas que

⁹ What we talk about when we talk about love. Livro de contos de Carver publicado em 1981.

devem resolver. Estas são questões de relevo e todas vem a formar o mundo prático delas. É assim que o “problema” da odontologia não é o mesmo que o “problema” da Saúde Bucal Coletiva, e isto equivale dizer que as teorias de que se valem, uma e outra, para resolver os problemas postos são elas também distintas (BOTAZZO, 2006).

Aqui, é importante apontar o seguinte, apontar para os dentistas no Sistema Único de Saúde (SUS), as equipes de saúde bucal. Porque a prática cotidiana dos dentistas no SUS não é fácil, não é coisa simples, são muitos os desafios e nem sempre o gestor compreende a situação. O sistema cobra procedimento e produção, em números, e os profissionais que buscam um certo equilíbrio entre a realidade observada, essa vida social conflituada que teima em entrar pela porta da frente da Unidade Básica de Saúde (UBS), e a estreiteza das concepções sociais aprendidas durante a graduação, então eu vejo que os dentistas do SUS precisam de outro tipo de suporte, outro tipo de supervisão, e que as coordenações de saúde bucal e os gestores municipais nunca deram conta.

Isso é decorrência de algo previsível: é que quanto mais os dentistas no SUS praticam o caminho da promoção e se preocupam com a qualidade de vida dos seus pacientes, quanto mais buscam a integralidade do cuidado menos se sentem motivados a continuar fazendo uma odontologia “de gabinete”. Em 1988, a gente dizia: “à medida que a odontologia vai se tornando cada vez ‘mais integral’, vai também se tornando cada vez ‘menos odontologia’” (BOTAZZO *et al.*, 2013, p. 54). Dizer desse modo é bonito, mas a realidade dos serviços acaba cobrando um preço. A verdade é que a saúde [bucal] coletiva é parte inseparável, teoria e prática, da saúde coletiva. Ela se dá a um só tempo como generalidade e como particularidade regional, bebendo confortavelmente no manancial do conhecimento das ciências sociais e humanas. Ou seja, dentistas “bucalheiros” podem cada vez mais serem “coletivistas” (generalidade corpórea, sociedade etc.) e a um só tempo



praticar uma clínica de saúde bucal que contemple a especificidade da boca humana (particularidade regional).

Encerrando essa discussão, podemos dizer que sujeitos diferentes constroem diferentes problemas a partir da mesma realidade (porque distintos sujeitos constroem distintas realidades). Problema como constructo é algo distinto de problema pré-existente ou a priori, posto que problema não é dado e sim produto produzido (TESTA, 1985). O problema colocado pela odontologia não é o mesmo problema da Saúde Bucal Coletiva e mesmo as teorias para a solução de problemas também serão diferentes. Se aceitamos o desafio de pensar odontologia e SBC como campos (por que não?), então a *illusio*, o jogo no campo, um e outro, são jogos diferentes, num e outro não são os mesmos jogos. E não seriam igualmente suas crenças nem os sistemas de significação de um e do outro. Enquanto a primeira é obrigatoriamente dentária, a segunda tem a sociedade e o homem nela como referente. E, na ligação dialética entre o geral e o particular, nós podemos confortavelmente nos perder no manancial do conhecimento das ciências sociais e humanas e a partir então deste outro referencial ver como podemos encaminhar algumas novas (velhas) questões. E, naturalmente, a ver a odontologia de um ponto de vista não-odontológico.

O DENTÁRIO OU O CONHECIMENTO PELAS MÃOS

Tanto *habitus* quanto *illusio* podem ser transmitidos e ensinados. São transmitidos e ensinados disciplinarmente, ou seja, são apresentados como se fossem conhecimentos científicos. Todas

as disciplinas têm o mesmo traço, isso o velho Foucault (1990) já nos dizia no século passado¹⁰.

É por dentro do conteúdo de *habitus* e *illusio* que uma certa pedagogia se instala, e essa antes de mais nada é uma pedagogia prática, pois antes de mais nada ela se dirige ao corpo do aprendiz: “o *habitus* permite que a ação seja resultado da internalização das normas valores e representações exteriores ao corpo. O *habitus* permite a constituição dos esquemas cognitivos, formando a matriz de percepção e de ação do agente. O corpo socializado, nesse sentido, torna-se princípio fundante das condutas. Em uma frase, como diria Bourdieu, “aprendemos pelo corpo” (MONTEIRO, 2018, p. 106).

O *habitus* dentário é o conteúdo material, objetivo e subjetivo, da educação odontológica e há um saber colocado nessas disposições. Sendo ao modo de uma “educação primeira”, isto é, de entrada (ou vestibular ou propedêutica) é no corpo que inicialmente ela “cola”. Tal “cola” contém “valores, representações e símbolos que permitem ao estudante acessar a ordem da “arte”. Ela é pura prática que se faz passar por reflexão e teoria” (BOURDIEU, 1972, p. 196).

Ou seja, também na educação odontológica “o trabalho pedagógico tem por função substituir o corpo selvagem” – não educado e, por isso, mesmo livre – por um corpo “habitudo”, o que significa dizer temporariamente estruturado” (BOURDIEU, idem, ibidem). Dizendo de outro modo, “tal saber não é originário da consciência, de um conhecimento refletido, calculado, planejado ou mesmo racionalizado instrumentalmente, mas, sim, da ação, da rotina, da prática que realizamos de forma repetida” (MONTEIRO, 2018, p. 108).

¹⁰ São chamadas disciplinas “conjuntos de enunciados que copiam sua organização de modelos científicos que tendem à coerência e à demonstratividade, que são admitidos, institucionalizados, transmitidos e, às vezes, ensinados como ciências” (FOUCAULT, 1990, p. 299).

Neste esquema o aprendiz adquire, por familiarização e por formas de inculcação, “insensivelmente e inconscientemente os princípios da arte”, num regime de “transmissão explícita e expressa pela prescrição e por preceitos”, os quais, “sob a aparência da espontaneidade, constituem numerosos exercícios estruturais que tendem a transmitir uma forma particular de domínio prático” (MONTEIRO, 2018, p. 191). Neste lugar, confortavelmente acontece a instalação de certa odontologia *in vitro*, que vem a ser a artificialização do processo pedagógico, tanto na bancada quanto no ambulatório, instalação suficientemente demonstrada por Fonseca (*et al.* 2017, 2018).

É assim que são transmitidos, no processo da educação odontológica, os tais “sistemas de disposições duráveis”, as tais estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes. Isto significa que a odontologia, como estrutura estruturada, se reproduz pela “estruturção” do estudante, segundo um modelo previamente desenhado e concebido nessa condição.¹¹

Podemos listar nesta circunstância os discursos sobre a cárie dentária, a doença-símbolo do universo discursivo e prático da odontologia, ou a sua estrutura estruturada, o que vem a dar no mesmo. Oportunamente denominei a cárie de patologia-mãe; também foi chamada de fetiche e a própria odontologia já apareceu sob essa denominação (FREITAS, 2001; BOTAZZO, 2013; FIGUEIREDO *et al.*, 2003). Podemos ajuntar outros referentes. O fato de os discursos odontológicos sobre a cárie incidirem sobre a forma criança da doença e também pelo efeito prático que pode ser traduzido como regressão do paciente ou a sua infantilização. Tudo isso em conjunto coloca sob

¹¹ Nunca é demais lembrar que a odontologia estruturada de que estamos tratando nada tem a ver com a cirurgia dentária de Pierre Fauchard. Apenas a história ingênua continua se referindo a Fauchard como o “pater dentista”. No entanto, há que se reconhecer que ele joga um certo papel na formação do imaginário odontológico, uma espécie de epifania pirandelliana de efeito retardado. Há extensa discussão sobre isso em “Da arte dentária”, particularmente os capítulos 4 e 5. E do mesmo autor veja “A emergência da clínica odontológica”.na Revista Odontologia Sociedade (1999, v. 1 n. 1, p. 5 a 13).

suspeita teórica e política a relação triangular placa-escova-sacarose. (prescrever aos pobres, negros e excluídos em geral que escovam os dentes e não comam rebuçados não pode mais ser considerado uma prática científica ou de saúde coletiva; antes, é higienismo em sua mais autêntica manifestação de classe).

PROCESSO (LUGARES) DE DENTARIZAÇÃO

Foucault (1980), discutindo os preâmbulos da educação médica, fará digressões muito adequadas ao nosso tema. A cena principal deriva das considerações sobre o normal e o patológico, tema ao que seu mestre, Georges Canguilhem, havia se dedicado. O autor discute a clínica médica moderna, essa que emerge depois que as ciências biológicas do homem cruzaram com as ciências sociais do homem. Por exemplo, a anatomia, que é uma dessas ciências, na contemporaneidade do século XIX dissecava corpos humanos não em busca de algum 'pneuma' ou de "humores" alterados, e sim para compreender a constituição do corpo do homem, órgãos e tecidos. É aí que surgem novas disciplinas como a embriologia e, em diálogo com a antropologia e a arqueologia, a anatomia comparada permite fazer a correlação entre estruturas anatômicas humanas e a dos animais. E finalmente a anatomia patológica dirá de quê e como os homens morreram. É este o momento em que a clínica se vê revolucionada por completo. Porque agora o que interessa são órgãos e tecidos alterados ou não, e tudo o que deles pode ser visto e falado.¹² Pensar o normal torna-se tarefa central da atividade médica, tanto quanto

¹² Até praticamente o fim do século XVIII os conceitos médicos sobre o adoecimento humano tinham por base um conhecimento de tipo classificatório. Não havia órgão afetado e, sobretudo, tecido alterado, e sim espécies de doença; as doenças eram classificadas em espécies, exatamente como havia espécies animais e vegetais. A boca acolhia 130 espécies nosológicas diferentes. Tais espécies se distribuem e circulam pelo corpo, permitindo a interpretação dos sinais e sintomas para determinar a qual espécie pertence. Cf Medicina e Cirurgia: a operatória dental no século XVIII. In: Da arte dentária, p. 137-49

pensar o patológico. A doença não contém nada de anormal, toda gente sabe disso. Esta é uma posição ou categoria moral (política, portanto) da sociedade. A norma que rege todos os corpos e também o funcionamento da sociedade já indica que tudo isso se acha dentro de parâmetros quantitativos. Glicemia elevada (em relação a uma média) tem efeitos fisiológicos localizáveis, identificáveis e quantificáveis; todos conhecemos os significados dos escores de exames de laboratório, tanto quanto da aferição de outros dados funcionais do paciente. É, claramente, de norma e normalidade que trata a atividade médica. E tudo isso desaguará na sala de aula, no laboratório, na biblioteca, no ambulatório e no hospital. Foucault (1980) denominou esses diferentes espaços de “lugares de clínica”. Neles se aprende a ser médico (e também o paciente aprende a ser paciente). Assim, antes de cuidar da normalidade do paciente, o médico precisa ser *normalizado*. Hegel, Marx e Paulo Freire dizem a mesma coisa: o cuidador precisa ser cuidado; o formador precisa ser formado; o que ensina tem antes que aprender (ou aquele que ensina de repente aprende). O médico tem, por isso, que ser “medicalizado”.

Pensei a dentarização do estudante de odontologia usando o mesmo raciocínio ou a mesma matriz discursiva que Foucault (1980) utilizou para falar da “medicalização” do médico. No caso odontológico, naturalmente as disciplinas propedêuticas expressam essa vocação, pois o foco da atenção pedagógica acha-se colocado no elemento dentário e não no paciente. Tal postura acarretará consequências importantes e desdobramentos futuros relevantes. Como ação pedagógica, manter o foco no dente e não no paciente pode ser considerado central no processo de dentarização do estudante de odontologia.

E o que isto significa? Dentarização ou odontologização é o processo mediante o qual são instaladas categorias mentais e afetivas no sistema cognitivo do estudante pela reiteração do pequeno e da minúcia, referidos e circunstanciados desde os primeiros semestres

letivos ao espaço da dentadura humana, considerada em separado e não como conjunto estomatognático fisiologicamente sinérgico. Mais especificamente, foco em um dente humano, apropriadamente denominado *elemento dentário*, que vem a ser um sucedâneo de indivíduo, o *indivíduo biológico da odontologia* (BOTAZZO, 2013c).

Então eu quero pensar com vocês como é que a odontologia se reproduz. Ou seja, a questão é: como eu produzo o CD e no processo de produção do CD eu reproduzo a odontologia. Primeiro, é preciso pensar nos chamados lugares de dentarização já apontados. Lembremos que no processo da formação médica é nítida a ideia da normalização, com base no conceito de norma e normalidade. Como não existe conceito de norma na odontologia – o que seria um dente normal? Como tal questão aparece ou significa para as teorias odontológicas? –, podemos imaginar um similar, um processo de dentarização ou odontologização do estudante, estruturado no Projeto Político-Pedagógico da odontologia, que tem por foco o *elemento dentário humano* e não um *indivíduo biológico humano* que ocasionalmente poderá ser chamado de o paciente. Dada a introjeção da estrutura (por isso ela é estrutura estruturante), deslocar-se posteriormente do dente para o paciente é um caminho longo e complicado. Esta afirmação não deve ser vista apenas como um recurso de retórica, há consequências importantíssimas para o futuro da profissão, em sua relação com a sociedade, pois sabidamente o elemento dentário não tem cérebro, donde não tem consciência nem consciente, não tem psiquismo, subjetividades e tal. O estudante aprende a cuidar de uma coisa que é apenas uma coisa; o sensível e o senciente estão do outro lado (BASTOS *et al.*, 2017; AKERMAN; LOPEZ, 2016).

Historicamente, um conjunto de manobras cirúrgicas dentárias foram agrupadas em práticas pedagógicas genericamente denominadas de dentisteria (dentística no Brasil, *dentisterie*, em francês, e *dentistry*, em inglês), e seu ensino ou o ensino da prática se

constituiu em centralidade.¹³ Só em meados do século XX a operatória chegou a ser dividida em duas ou três distintas disciplinas - endodontia e periodontia – enquanto o preparo e o fechamento de cavidades dentárias com substâncias plásticas restaram objeto da dentística.

Mas não se chega ao dente verdadeiro sem antes passar pelo seu simulacro. E antes que qualquer manobra cirúrgica venha a ser prática, será na superfície do simulacro que as habilidades manuais do estudante vão ser exercitadas. Um saber é introduzido e as mãos tornam-se lugar de conhecimento. O estudo anatômico do dente humano é coroado com exercícios práticos de escultura. Tais exercícios preveem a reprodução fiel

[...] da morfologia coronária dos dentes permanentes em tamanho natural por meio do desenho e da escultura em blocos de cera branca ou marfim (...). Esculpem-se dentes de tamanhos variados. Aprende-se em minúcia a existência de sulcos e fôssulas, de cúspides e tubérculos. Tais acidentes anatômicos são denominados e, existindo na linguagem, passam a ter existência concreta. Eles se realizam pelas mãos que emergem com sua cerúlea realidade na mão do estudante. *São assim, como totens já agora a significar a futura profissão* (BOTAZZO, 2017, p. 6).

A fiel reprodução da morfologia coronária, como trabalho vivo em ato, tem como atributo qualitativo ativar os circuitos neurais do estudante e prepará-lo para introjetar o conteúdo da *illusio* odontológica – preparo cavitário, manipulação de substâncias plásticas com diferentes usos, teorias da doença dentária (patologia mãe), técnicas de escovação, ensino motivacional e ênfase comportamental (porque o dono do dente precisa ser instruído e motivado, ou seja, ele também deve ser dentarizado para dar conta das novas tarefas do autocuidado dentário e protético). Ou seja, tudo aquilo que vem a caracterizar o jogo e como jogá-lo bem. Nele, se aprende sobre dentes e perde-se

¹³ “A dentística, espécie de disciplina mater, é de fato a processadora dessa ordem. O dente foi o seu cadáver: ela o abriu em busca dos conhecimentos ali encerrados e custou muito até que conseguisse desvelar tudo o que ali se ocultava.” (BOTAZZO, 2000, p. 60-1).

a ideia de indivíduo biológico que é o homem {a mulher, a criança, etc.} a quem o dente pertence. Eis o fetiche em brilho: é o dente que esconde o paciente.

Sem dúvida, um dos processos mais surpreendentes da dentarização é a escultura dental. E, vejam, quando esses acidentes anatômicos passam a ser denominados – *fabricados e denominados* – eles passam a existir na linguagem, pois agora há uma língua que se constitui, *sendo como a língua dentária de um sujeito em constituição*, e a linguagem e o lugar que o sujeito ocupa são descritores para a análise do discurso.

Mãos, olhar atento, perscrutação do desenho: mãos e olhar, produção de firmeza e destreza no corte, o sujeito-corpo se engaja.¹⁴ São todas como “manipulações simbólicas da experiência corporal, a começar por aquelas que exercem deslocamentos em um espaço miticamente estruturado” (BOURDIEU, 1972, p. 196).

As coisas aqui passam a ter existência concreta, são como totens. Então como trabalho vivo em ato, a “fiel reprodução” de seu objeto de trabalho, a escultura dentária contribui para a mudança qualitativa: *cultivar* o dente é estabelecer o prazer pelo dentário. E esse *culto* é como um exercício de socialização: trata-se de “socializar o fisiológico, o anatômico, e transformar eventos fisiológicos, eventos anatômicos, em acontecimentos simbólicos, desencadeados por estimulação condicional” (BOURDIEU, 1972, p. 197). Podemos dizer que, pela simbolização (fetichização) se instaura uma nova perspectiva: o cultivo dentário se abre a uma nova possibilidade de gosto, uma estética que lhe é própria, como se fosse “a transmutação da fome em aperitivo”! (BOURDIEU, 1972, p. 197).

¹⁴ “É preciso, para o dentista, que a educação da mão se faça desde o começo de seus estudos para que venha a se tornar um bom praticante. Por isso, aqueles que logo cedo começaram seus estudos pela prótese são os melhores operadores [...]” (GODON, 1901, p. 268).

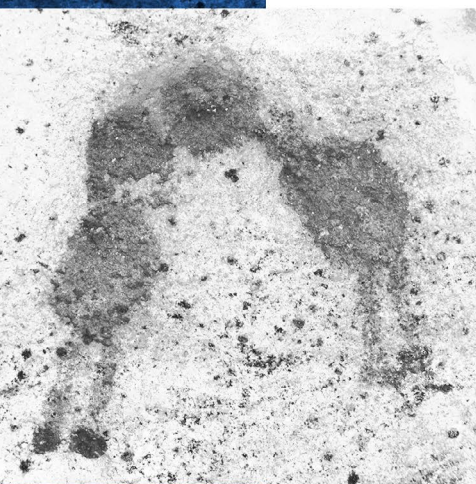
PARA UMA CONCLUSÃO DESCONCLUSIVA, ADEQUADA A ESSES TEMPOS DE COVID E INCERTEZAS PANDÊMICAS

Até aqui o que podemos deduzir é que o processo de dentarização do estudante é um *dispositivo* de produção de sujeitos e, portanto, de reprodução da odontologia. Dispositivo comparece como uma apropriação teórica de Michel Foucault, em diálogo com sua categoria homóloga bourdieusiana, estrutura estruturada estruturante, como vimos nas páginas precedentes, tanto quanto em diálogo com o conceito de instituição, ou o instituinte e o instituído em Georges Lapassade (1982) e René Lourau (2014).

A prática dos dentistas ou o trabalho que eles realizam, acha-se circunscrita pelos dispositivos materiais de que lançam mão. São instrumentos de corte, principalmente os rotatórios, do qual o alta rotação ainda é o grande ícone, e extensamente os materiais restauradores. Digo circunscrito porque na verdade eles cercam, delimitam, impõem os modos como dentes serão tratados, e mantidos ou arrancados e substituídos por próteses. Sem esse universo de materialidade instrumental, a prática odontológica não se efetiva. Seu objeto é o dente ou elemento dentário e de nada valem os apelos a que dentistas se dediquem a novas formas de exercício profissional. Não existe essa possibilidade, posto que, como produto histórico, a experiência prática que a odontologia realiza só é possível quando mediada por tais dispositivos. Contudo, em condições normais de pressão e temperatura, se faltar eletricidade ou água corrente, ou se não tiver como usar o alta rotação – por exemplo, quando o compressor de ar está quebrado – a derrisão é certa. Por isso, na pandemia, dentistas pouco sabem fazer e, todavia, se deixados livres, poderão fazer muito, poderão se encontrar na equipe de saúde e se reencontrar consigo mesmos.

Para finalizar, lembremos alguns poucos tópicos:

1. Os dentistas não devem receber a culpa se não sabem o que fazer fora do gabinete. Novos processos de trabalho são possíveis com outros referentes teóricos, políticos e afetivos. Há como produzir cuidado em saúde bucal e é possível valorizar a experiência bucal dos sujeitos. E, para isso, não é preciso muita coisa.
2. Antes de mais nada, devemos ressaltar a natureza social da boca humana, incluindo os dentes nela inseridos: tudo isso tem forte inscrição no psiquismo e na cultura e poderá emergir no momento da consulta;
3. Colocar o paciente no centro do processo terapêutico; este centro é o próprio paciente com sua fala liberada; escutar é ato de qualificação da queixa e de respeito por sua vontade;
4. Entender que história de vida e condição bucal são perfeitamente coalescentes – uma vai com a outra; a constituição do caso clínico por meio da escuta anamnética, que é quando aparece o doente com sua doença;
5. Observar que nem tudo é doença, a natureza é sábia; perceber o relato do paciente que fala de si e de sua boca como território de experimentações e vivências.
6. Perceber o lugar do sujeito e tudo o que pode vir à tona; cor de pele, sexualidade, lugar social, loucura - um sujeito existente, incompleto, em negatividade, desviante;
7. Descolonizar e desmedicalizar (desodontologizar) a relação com o paciente, pois a boa clínica deve ser um lugar de inclusão;
8. Cuidar: nem sempre o cuidado assume a forma de procedimento cirúrgico ou restaurador-protético.



Um último lembrete nessas digressões que se anunciam longas:
a Clínica [sempre] é o Outro!

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; LOPEZ, E. M. O paciente é soberano na escolha de como quer ser cuidado. *Portal do envelhecimento*. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-paciente-e-soberano-na-escolha-de-como-quer-ser-cuidado/>. Acesso em: 27. set. 2020.

BASTOS, B. R. M. S. et al. Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 4, p. 73-86, 2017.

BOTAZZO, C. A cárie dentária como fetiche. In: BOTAZZO C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013b.

BOTAZZO, C. A emergência da clínica odontológica. *Rev. Odontol Sociedade*. v. 1, n.1, p. 5-13, 1999.

BOTAZZO, C. Bucalidade. *Pro-odonto Prevenção*. Associação Brasileira de Odontologia (ABO). p. 9-55, 2013c.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

BOTAZZO, C. et al. Saúde é política... Há uma grande desordem sob o céu: a experiência "comunal" do 15º Congresso Paulista de Saúde Pública. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 61-8, jan./mar. 2018.

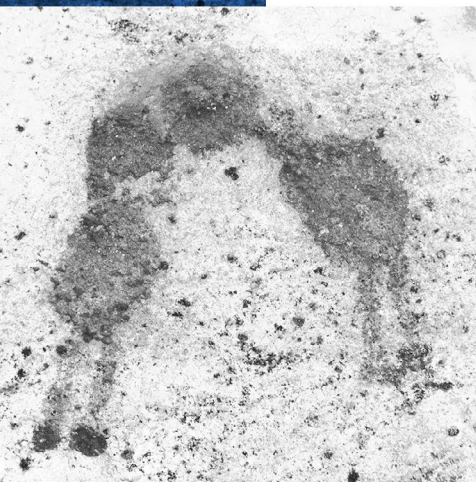
BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Colet*. v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BOTAZZO, C.; MANFREDINI, M. A.; NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva. In: BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013a.

BOURDIEU P. Esquisse d'une théorie de la pratique: *Précedé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève-Paris: Librairie Droz; 1972.

CARLES, P. *La sociologie est un sport de combat*. Documentário sobre Pierre Bourdieu. França, 2001.



FIGUEIREDO, G. O.; BRITO, D. T. S.; BOTAZZO, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003.

FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Prólogo de Lothar Schäfer e Thomas Schnelle. Tradução Luis Mena. Revisão Angel Gonzáles de Pablo. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FONSÊCA, G. S.; BOTAZZO, C.; PIRES, F.S.; JUNQUEIRA, S.R. Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista. *Revista da ABENO*, p. 160-170, 2017.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saude soc.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1174-85, out./dez., 2018.

FOUCAULT M. *As palavras e as coisas*. Uma arqueologia das ciências humanas. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FOUCAULT M. *O nascimento da clínica*. Machado R, tradutor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.

FREITAS, S. F. T. *História social da cárie dentária*. Bauru: EDUSC, 2001.

GODON, C. *L'École Dentaire. Son histoire, son action, son avenir*. Paris: Librairie JB. Baillière et Fills, 1901.

L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013.

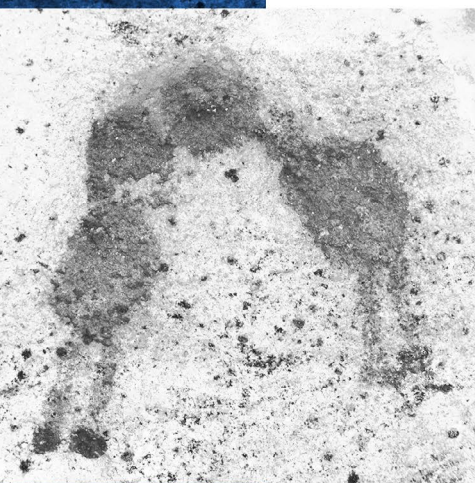
LAPASSADE, G. *Grupos, instituições e organizações*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

LOURAU, R. *A Análise institucional*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MONTEIRO, J. M. *10 lições sobre Bourdieu*. Coleção 10 Lições. Editora Vozes: Petrópolis, 2018.

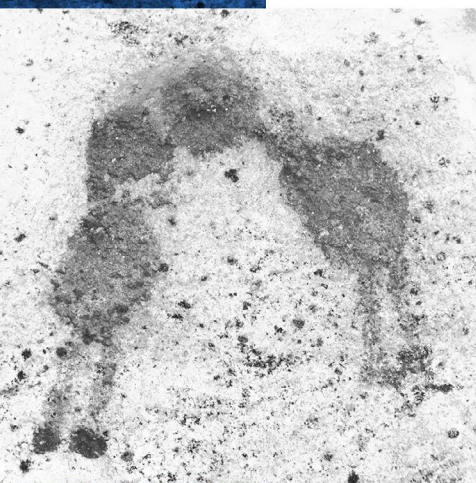
MOYSÉS, S. J.; SHEIHAM, A. Saúde bucal coletiva: personagens, autores ou ... Pirandello de novo? In: KRIGER, L. (Org.) *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. 2. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2003.

TESTA, M. Planejamento em saúde; as determinações sociais. In: Nunes ED (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Tendências e Perspectivas. OPAS/OMS, 1985.



WARMLING, C. Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 4, 20-35, 2017.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-195, mar. 2019. Acesso em: 27 abr. 2021.



S U M Á R I O

4

Helenita Corrêa Ely

Carlos Pilz

Cristine Nobre Leite

Lilian Oliveira Magalhães

Valeska Madalozzo Pivatto

AS REFORMAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS FRAGILIDADES DA SAÚDE BUCAL COLETIVA NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

APRESENTAÇÃO

Helenita Corrêa Ely

O objetivo deste capítulo é debater sobre as principais reformas em curso no Brasil que afetam diretamente a Atenção Primária em Saúde (APS) dando visibilidade a algumas iniciativas locais que garantam a continuidade das ações de cuidado na saúde bucal, especialmente considerando os desafios colocados pela crise sanitária atual.

Na década de 1990 e início deste século tivemos um cenário político e sanitário favorável ao desenvolvimento de inúmeras ações de saúde, com destaque ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) territorializou o cuidado, ao mesmo tempo, em que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tornavam possíveis e rotineiras as ações de vigilância e monitoramento das principais condições de saúde das populações adscritas. Organizaram-se as redes de cuidado e o apoio das equipes matriciais viabilizando um cuidado mais complexo. O modelo preconizado com vinculação e abordagem comunitária possuía então potencialidade para o enfrentamento das principais doenças e agravos.

Na área da saúde bucal, o Brasil Sorridente, através da ampliação e qualificação da atenção e das equipes, estendeu de norte a sul o cuidado muito além da retaguarda curativa. Ampliou o acesso multiplicando equipes na ESF e instalou Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como referências para necessidades nunca antes atendidas. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) progredia em organização e acessibilidade garantindo universalidade e integralidade com a necessária participação comunitária e equidade.

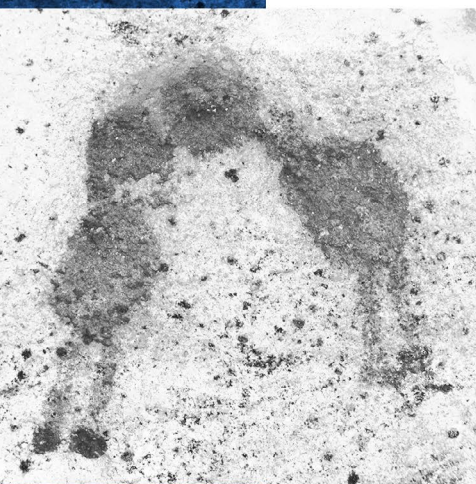
Entretanto, o cenário político mudou e acentuou-se a crise econômica. Com isto, observou-se um período de restrições para os

recursos e desenvolvimento da APS com o desmantelamento da ESF, redução de ACS, flexibilização das cargas horárias dos profissionais, extinção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Mais Médicos. Não há mais uma base territorial para definir os recursos a serem transferidos e um novo modelo de financiamento é instituído, comprometendo o princípio da universalidade legalmente constituído no SUS.

O mais grave entrave pode ter sido determinado pelo congelamento dos recursos decretado pela Emenda Constitucional 1995. Além disso a ênfase neoliberal da gestão com características de mercado acarretou um desvio das relações trabalhistas. Gradativamente os vínculos foram precarizados e os serviços terceirizados, sendo instituídas as contratações temporárias, com desmonte gradativo das esferas de participação popular. Com isso observou-se uma guinada assistencialista, conservadora e hegemônica na APS. Na área da saúde bucal ficou patente uma alternância de chefias na coordenação nacional, bem como na maioria das esferas estaduais com conseqüente redução da implantação de novos serviços e não priorização no desenvolvimento das ações.

A tudo isso associa-se em 2020 a maior crise sanitária vivenciada mundialmente nos últimos tempos e o desafio do enfrentamento da pandemia provocada pela covid-19.

Mesmo sofrendo um desfinanciamento, uma desarticulação crescente e uma nova lógica de gestão dos serviços, é preciso resistir para buscar soluções para os graves problemas que afetam predominantemente os mais vulneráveis. A rede de pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em seu seminário "Desafios da APS no SUS no enfrentamento da covid-19", recomenda ativar os atributos comunitários das equipes de saúde, agindo interseccionalmente com organizações sociais e comunitárias, criando novos



processos de trabalho na vigilância de saúde e apoiando as populações no cuidado e em suas vulnerabilidades (MEDINA *et al.*, 2020).

Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, mais do que nunca, é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde (MEDINA *et al.*, 2020).

Nesse capítulo, portanto, questiona-se: como uma política de atenção primária tão fragilizada em seus princípios orientadores e frente a tantas restrições se organiza para dar conta das necessidades deste momento? Que ações estão sendo possíveis desenvolver em diferentes regiões do Brasil, para contrapor a estagnação do cuidado? APS em tempos de pandemia, o que fazer? Como está sendo repensado o trabalho em SB no SUS para contrapor às práticas conservadoras do assistencialismo e das urgências?

AS MUDANÇAS NA APS E SUA INFLUÊNCIA NOS SERVIÇOS, NO CONTEXTO DA COVID-19 E SEUS DESAFIOS

Carlos Pilz

Os sistemas de saúde públicos e de caráter universal representaram parte importante nas reformas sociais implementadas no decorrer do século XX em diversos países, constituindo importante alicerce para construção do estado de bem-estar social (CAMPOS, 2017).

No Brasil, a incorporação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal (CF) de 1988, representa o ápice - mas não o fim - de movimento iniciado ainda nos anos 1970 e que tinha a luta pelo direito à saúde como grande pano de fundo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014; BRASIL, 1990).

A implantação do SUS, iniciada a partir dos anos 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) vem sendo marcada por uma intensa luta no sentido da concretização dos seus princípios constitucionais. Desde seu surgimento, no entanto, princípios como a universalidade do cuidado, a integralidade do acesso e a participação comunitária, vêm sendo constantemente ameaçada pelas políticas de cunho neoliberal - cabe lembrar que a década que marca a criação do SUS é também a década onde assistimos à implantação de políticas da vertente neoliberal na América do Sul e no Brasil (BRASIL, 1990).

Como principal estratégia de reorganização assistencial do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como porta de entrada e centro das Redes de Atenção à Saúde, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos serviços ofertados na rede (MENDONÇA; MATTA; GONDIM; GIOVANELLA, 2018).

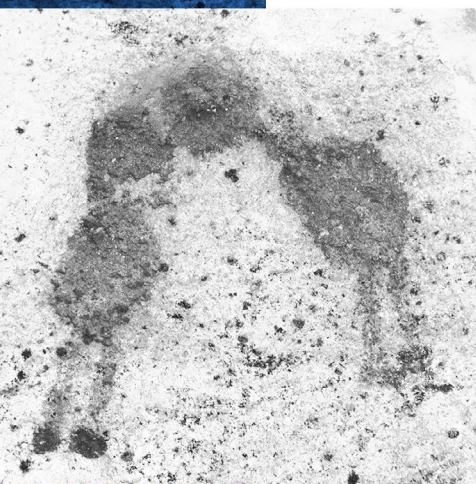
FINANCIAMENTO DA APS E O PREVINE BRASIL

A instituição do acesso universal à saúde como condição inerente à cidadania, pela Constituição Federal de 1988, foi acompanhada pela inserção do SUS e do seu financiamento no Sistema de Seguridade Social, com previsão de recursos provindos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Foi a partir da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) apoiada pelo Conselho Nacional de Saúde, que a APS (denominada atenção básica, à época) assumiu seu caráter de porta de entrada do sistema, capaz de prover “um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (MENDES *et al.*, 2018; UGÁ; PORTO, 2008).

A NOB 96 foi ainda a responsável pelo estabelecimento do modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios que perdurou por mais de 20 anos: o Piso de Atenção Básica (PAB) e suas duas variantes, o fixo e o variável. O PAB fixo, era uma transferência realizada em base *per capita* que visava garantir a cobertura de ações no âmbito da APS nos municípios. Ou seja, nesta modalidade de repasse, o município fazia jus a um montante de recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes. Os recursos eram transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. O PAB variável era a variante composta por incentivos financeiros para adoção de programas estratégicos definidos pelo Ministério da Saúde. Portanto, nesta modalidade os recursos eram transferidos para os municípios segundo a adesão ou não a programas como Saúde da Família, Saúde Bucal, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros. Era o componente pelo qual o Ministério usualmente promovia a indução de políticas assistenciais (CARNUT, 2020).

Nos anos seguintes assistimos uma mudança no modelo de financiamento, organizados em grandes blocos de financiamento com aumento na disponibilização de recursos para implantação de ações/ programas estratégicos propostos pelo Governo Federal, especialmente no componente do PAB variável. No entanto, como eram recursos vinculados a programas específicos, só faziam jus ao recebimento de recursos os municípios que implantassem esses programas, embora



esses, muitas vezes, não corresponderem a necessidade local. Assim, assistimos a municípios adotando programas pouco flexíveis e de difícil adequação ao contexto local (MELAMED; PIOLA, 2011).

Em que pese as críticas pelo excessivo engessamento do modelo, o PAB fixo é usualmente tido como importante conquista do processo de repasse direto de recursos federais para os municípios, tendo contribuído de forma decisiva para universalização do acesso na APS.

Nos últimos anos, o SUS e a APS vêm enfrentando uma perspectiva de desfinanciamento que colocam a construção de um SUS universal, especialmente para os serviços da APS, em grave risco. Medidas de austeridade, expressa em drásticos cortes nos gastos públicos com vistas ao alcance de equilíbrio fiscal ganham concretude na Emenda Constitucional (EC) 95/2016 - que limita a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) por um período de 20 anos.

A partir de janeiro de 2019, o governo Jair Messias Bolsonaro assume com o compromisso de promover, entre outras coisas, a ampliação da lógica de austeridade fiscal, a retração do Estado (com incentivo às privatizações) em um momento de importante crise da democracia no país e importante agravamento do sub financiamento crônico do SUS - fortemente acentuado pela EC 95/2016 (CARNUT, 2020).

Nesse contexto, é publicado, em maio de 2019 o Decreto 9.795 que define a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) que surge com discurso de fortalecimento estratégico da APS mas, na prática, vem representando a operacionalização de uma concepção restrita sobre esse nível de atenção, flexibilizando e limitando-a a um modelo residual.

O processo de privatização da saúde no Brasil ganha ainda expressão a partir da criação da Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS), que traz entre suas atribuições a possibilidade de

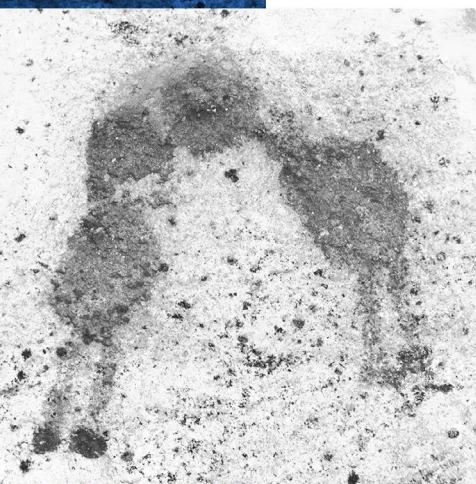
prestação direta da APS por meio da contratação de prestadores privados. Nessa perspectiva, autores consideram que a criação do Programa Médicos pelo Brasil e a Consulta pública para Carteira de serviços da APS, com a definição da proposta da lista de serviços básicos para a construção de uma classificação taxonômica preliminar padronizada, representam a expressão de uma concepção de APS que não privilegia o cuidado integral, com significativa redução no escopo dos serviços oferecidos e com forte orientação voltada para a prática médica clínica de caráter individual.

Ainda em 2019, os representantes da SAPS apresentam, no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, a primeira versão da nova proposta de financiamento para a APS, que é posteriormente divulgada em reuniões diversas junto aos gestores nos estados do país, por meio de apresentações de slides e por meio de artigos de opinião publicados.

A justificativa para a nova proposta, parte da premissa da baixa eficiência da APS e de uma suposta inadequação do modelo - defasado em relação às principais experiências internacionais. A mudança seria ainda necessária para estimular o aumento da cobertura da APS (entendida como o aumento do número de pessoas cadastradas, especialmente entre as mais vulneráveis) e garantir o alcance de resultados (sempre com uma forte crítica a pretensa falta de transparência do PMAQ).

Em novembro de 2019 é publicado o Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde composto por: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A nova estrutura de financiamento da APS classifica os municípios de acordo com a tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (de espaços rurais e urbanos) e focaliza



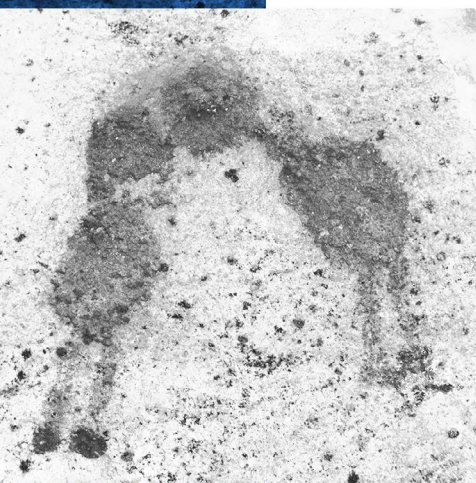
no cadastramento de pessoas (registro baseado no CPF, único para cada pessoa), por equipe de saúde.

A capitação ponderada representa o maior eixo da proposta, concentrando aproximadamente 43% do orçamento da SAPS previsto para 2020 e é expressão clara da lógica neoliberal que fundamenta a proposta. Esse componente é baseado na população cadastrada em equipes de Saúde da Família ou de Atenção Primária. Há ainda uma ponderação que considera a vulnerabilidade socioeconômica (baseada na proporção de pessoas cadastradas às equipes e que recebem benefícios do Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou benefício previdenciário até dois (02) salários mínimos, ajuste demográfico (baseado população cadastrada nas ESF com até cinco anos e a partir de 65 anos, faixa que concentram maiores necessidades de investimento em saúde) e ajuste do tamanho e distância municipal (baseado na tipologia rural-urbana do IBGE) (BRASIL, 2019).

Muitos autores têm apontado que a proposta marca um desmonte importante no caráter universal do SUS e que o modelo aponta para a transferência de recursos para uma APS que foca nos mais pobres. O modelo rompe ainda com importante base do modelo de APS adotado desde os anos 1990 - o território.

O segundo componente do novo modelo, pagamento por desempenho, é efetuado a partir da análise dos resultados alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em alguns indicadores a serem selecionados. Os indicadores válidos para 2020 e seus respectivos métodos de cálculo foram publicados ao final de 2019. Até o momento os indicadores de 2021 e 2022 não foram apresentados (BRASIL, 2019).

Por último, o componente 3 – incentivos a ações específicas e estratégicas - em certa medida mantém a lógica de transferências de



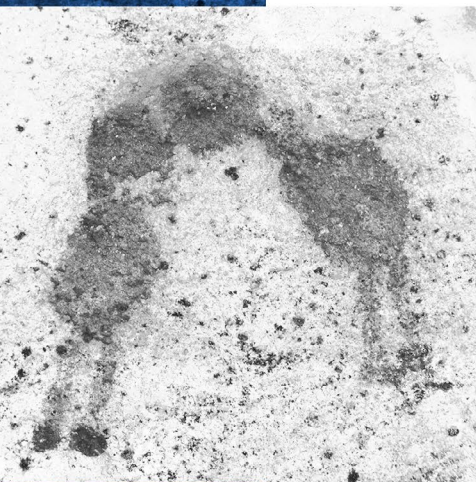
recursos federais a programas incentivados pelo MS, adotada desde a NOB 96, por meio do PAB Variável.

O modelo passou a vigorar em 2020, e para organizar a transição os municípios foram classificados em dois grandes grupos. Os primeiros, que apresentavam potencial de ganho no montante dos recursos em caso de cumprimento das metas já passariam a receber o financiamento de acordo com o seu desempenho (nos cadastros e nos indicadores). Aos segundos, havia a promessa de compensação das perdas, garantidas pela manutenção, no decorrer de 2020, do valor recebido pelo município na melhor competência de 2019.

As críticas ao novo modelo destacam que mudanças radicais no financiamento só deveriam ser realizadas mediante amplo e responsável debate sobre o tema. Nessa perspectiva, cabe destacar que o Conselho Nacional de Saúde vem, desde o anúncio do Previde Brasil, denunciando que a mudança fere o preceito constitucional do controle social incluso na Lei nº 8142 (BRASIL, 1990), que garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Complementar nº 141/2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente nas 3 (três) esferas de governo. (NOTA: CNS, 2019).

Os efeitos negativos das medidas de austeridade fiscal sobre a vida e a saúde da população ficam cada vez mais evidentes, o que acaba por aumentar a atual crise econômica, expressa, entre outras coisas, no aumento significativo dos índices de desemprego no país. Esse cenário tende a gerar sobrecarga adicional ao SUS em um contexto nos quais a instabilidade financeira e precarização das relações de trabalho são cada vez mais crescentes (MENDES, CARNUT e GUERRA, 2018).

Além disso, a mudança não avança no sentido de garantir recursos adicionais para a APS e ainda rompe com regras já consolidadas



de financiamento, o que aumenta, ainda mais, as incertezas em relação aos recursos disponíveis para a gestão local. O fim do PAB fixo compromete o aporte regular de recursos e força os gestores a ampliarem a capacidade gestora em um contexto de ausência de apoio para implantação das políticas - numa clara concepção ideológica que políticas públicas acabam funcionando por decreto, o que evidencia um descolamento da proposta a realidade da maioria dos municípios do país, que apresentam dificuldades importantes, tanto no campo da gestão quanto na produção do cuidado (CARNUT, 2020).

Devemos ainda considerar que o atual modelo não prevê financiamento para políticas que se mostraram importantes nos últimos anos como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O cenário até agora apresentado já evidencia que o ano de 2020 seria um ano bastante atribulado no âmbito da APS, com necessidade de grandes mudanças a serem realizadas nos municípios seja na gestão quanto na organização do processo de trabalho e de cuidados das equipes de APS.

Então, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como pandemia a doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). No Brasil, a transmissão comunitária em todo o território nacional foi declarada em março. Desde então, medidas de isolamento de casos e contatos e distanciamento social têm sido as principais estratégias recomendadas para retardar a disseminação da covid-19 e permitir a adequação dos sistemas de saúde ao rápido aumento da demanda por leitos de internação, especialmente aqueles de terapia intensiva, evitando o colapso da assistência hospitalar (CUCINOTTA; VANELLI, 2020).

Tendo em vista a situação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional (ESPIN) decretada pelo Ministério da Saúde em decorrência da covid-19 o governo foi forçado a estender o prazo para início da avaliação dos componentes captação ponderada e pagamento

por desempenho. Ainda assim, diversas entidades vêm se pronunciando, demonstrando que os novos prazos parecem insuficientes diante das perspectivas de duração da pandemia (DAUMAS, 2020).

ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO A COVID-19

No início da pandemia no país o Ministério da Saúde defendeu um conjunto de estratégias que incluíam: isolamento social, criação de centrais de teleatendimento para evitar o deslocamento desnecessário de pacientes sintomáticos leves, espaços específicos para atendimentos de pacientes suspeitos nas Unidades de Saúde, hospitais de campanha com leitos e O_2 para casos moderados e investimento na ampliação de leitos de UTI.

Dado o apelo popular e a pressão da imprensa, os primeiros movimentos para organização do sistema para o enfrentamento da pandemia no país foram fortemente marcados pelo investimento na ampliação do número de leitos hospitalares e de UTI, na reorganização dos fluxos na rede de atendimento e criação de novos pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente por via centrais de teleatendimento (ABRASCO, 2020).

Para além disso, experiências internacionais evidenciam a necessidade de investimento em leitos de baixa e média complexidade, reservados ao atendimento de casos suspeitos ou com grande possibilidade de evolução para quadro grave ou com impossibilidade de isolamento domiciliar.

No âmbito da APS, enquanto o Governo Federal não apresentou proposta clara para organização das equipes, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sintetizaram um conjunto de diretrizes para nortear as equipes de APS para o enfrentamento da pandemia. Assim, temos a (1) garantia do acesso seguro à UBS, marcada pela necessidade de adequação de estrutura física da unidade e criação das denominadas UBS on-line (marcada pela incorporação de teleatendimento), (2) garantia de segurança para manutenção das imunizações, evitando problemas de diminuição da cobertura vacinal, que poderia contribuir com o (re)ssurgimento de novas epidemias, (3) proteção aos profissionais de saúde, mediante a disponibilização de equipamentos de proteção individuais (EPIs) em quantidade e qualidade suficientes, (4) garantia da longitudinalidade do cuidado, (5) fortalecimento da abordagem familiar e (6) fortalecimento da abordagem comunitária (ABRASCO, 2020).

Fica evidente, desta forma, que o investimento na APS pode contribuir para o achatamento da curva. De fato, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde devem constituir a linha de frente do combate ao vírus. Distribuída por todos municípios brasileiros, provavelmente é o serviço público com maior capilaridade e penetração nas comunidades. Portanto é absolutamente necessário apoiar com recursos financeiros, insumos, informação e profissionais suficientes para fazer o enfrentamento da pandemia.

Considerando que o presente material não pretende esgotar a discussão e sim fomentar o debate sobre o papel da APS no enfrentamento da covid-19, apresentamos, no Quadro 1, uma sistematização com algumas propostas para organização dos serviços de APS segundo seus atributos.

Quadro 1. Proposta para organização dos serviços de APS segundo seus atributos em período de pandemia covid-19¹

A t r i b u t o s e s s e n c i a i s	Acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar fluxos distintos para atendimento de casos de síndrome gripal e os demais usuários da UBS; • Ofertar atendimento por telefone, WhatsApp e e-mail; • Realizar a estratificação de risco e definir para quais pessoas será feito contato à distância e presencial na UBS ou por visita domiciliar.
	Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganizar todas as ações programáticas que a UBS já ofertava antes da pandemia; • Organizar o cuidado continuado de todos os pacientes crônicos; • Definir o cuidado continuado às pessoas e famílias dos sintomáticos e positivos para covid-19; • Organizar o cuidado de todos os grupos de risco previstos no protocolo manejo clínico AP.
	Orientação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações de comunicação para prevenção e disseminação de informações seguras para a comunidade; • Mobilizar e/ou informar as lideranças/pessoas chaves no território para alertar sobre os cuidados durante a pandemia, construir agendas intersetoriais; • Informar o funcionamento da UBS e de todos os serviços da rede que estão envolvidos no enfrentamento da covid-19.

A t r i b u t o s D e r i v a d o s	Coordenação	Acompanhar, organizar e orientar o itinerário do paciente, a continuidade do cuidado, entre a APS e toda rede especializada, em especial os hospitais e prontos atendimentos designados para o enfrentamento da covid-19.
	Integralidade	Atender a todos utilizando uma abordagem que considere os vários aspectos do cuidado.
	Orientação familiar	Realizar o mapa de estratificação de risco no território para identificar as famílias ou grupos de pessoas que moram na mesma casa/terreno para fazer abordagens de cuidado, monitoramento e prevenção da covid-19.
	Competência cultural	Conhecer e utilizar o conhecimento da dinâmica sociocultural do território para adequar as ações da equipe às necessidades e expectativas dos moradores.

DA SAÚDE PÚBLICA À POESIA DE CORDEL: OS DESAFIOS PARA A ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL NO CEO

Cristine Nobre Leite

E começamos assim, com uma poesia de cordel...

Carlos, Valeska Pivatto

Lilian e Helenita

Numa conversa bonita

Num tema que é sensato

Eu também entro no ato

Do Diálogo Bucaleiro

Primoroso e certo

Da Saúde Coletiva

Importante e expressiva

Para o povo brasileiro

*O amor à poesia nasceu junto com o trabalho em saúde pública.
De repente surgiu uma verve poética.*

A literatura de cordel foi a escolhida por se tratar de um veículo importante de interlocução e comunicação que, de maneira expressiva, utiliza-se de seus versos e prosas, da cultura e do cotidiano e contribui para a formação em saúde, adequando-se às ações desempenhadas pela odontologia. É muito mais fácil trabalhar Educação em Saúde com temas lúdicos.

Nesse momento tão difícil de pandemia, em que o dentista foi, em muitos lugares, afastado de suas funções, há sempre algo para ser reinventado. A academia retomou o tema sobre a mínima intervenção em odontologia, onde a debatedora aproveitou e se deleitou na construção de um cordel sobre a Mínima Intervenção em Odontologia:

CORDEL OMI

É preciso estar alerta

ART quer dizer

*Em tempo de pandemia
E dá outra direção
À nossa odontologia
É nova a situação
E só com transformação
Haverá uma harmonia*

*Técnica restauradora
De forma atraumática
E bem facilitadora
Sua condução é prática
Tornei-me dela fanática
Para mim foi norteadora*

*No serviço que é público
E até no que é privado
Esse é um bom momento
Precisamos ter cuidado
Renovar o pensamento
Usar de forte argumento
Deixar tudo organizado*

*O que antes não era
Técnica convencional
Apenas era indicada
Para um alcance social
Usada na garotada
De vida não abastada
De jeito excepcional*

*Do óbice do aerossol
Pela alta rotação
Com esse vírus letal
Ficando em flutuação
Prevenir é o normal
Lutemos contra esse mal
Com mínima intervenção*

*A MI e ART
Têm seus muitos benefícios
Estudei lá no passado
E ficou nos meus ofícios
Um perfeito aprendizado
Vindo da Márcia Caçado
Professora de princípios*

*MI nada mais é, que
Uma nova visão
Usando uns materiais
Que aderem com precisão
Com os tecidos dentais
Que se mantém bem vitais
Com boa preservação*

*O problema de uma cárie
Pode ser bem resolvido
Se instrumento manual
E afiado for inserido
Com cuidado natural
À estrutura dental
Retirando o que é devido*

*Como qualquer outro órgão
O dente é para ser tratado
Se ele não está tão são
É para ser logo ajeitado
Sem força, sem agressão
Cárie tendo remoção
Para o problema ser sanado*

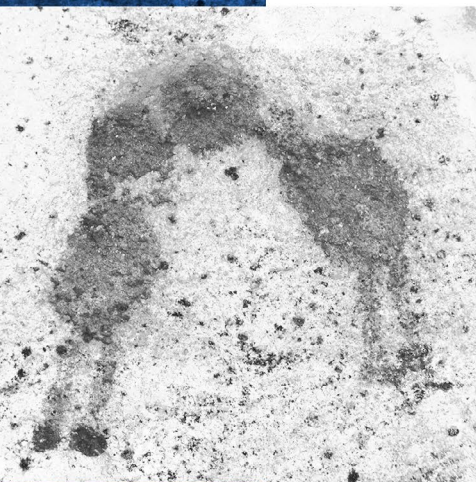
*Agora vem tudo à tona
E me vejo em euforia
Com o tema e discussão
Dentro da odontologia
Dando sentido e razão
Problema e solução
Para usar no dia a dia*

*O agir do Dr. Black
De preparo cavitário
Vai sendo modificado
(Permita-me o comentário)
Com o respeito ao passado
Tudo pode ser mudado
Até no meio dentário*

*Disse o doutor Imparato
Com seu saber uspiano
Que a alta rotação
Pode ter segundo plano
Com pouca utilização:
"Se temos mais precaução
Diminuímos o dano"*

*Se possível isolamento
Que seja absoluto
Antes da restauração
Tudo fica mais enxuto
Perfeita indicação
Mas se não der condição
O algodão faz atributo*

*Ionômero de vidro
É um bom material
Por ser biocompatível
Qualidade essencial
Para o trabalho ser possível
Se mostrando acessível
Com sucesso laboral*



A remoção dessa cárie
Não precisa ser completa
Deve ser bem seletiva
Essa é a forma correta
A remoção invasiva
Não é tão resolutiva
E foge da nossa meta

Pode acontecer estrago
Se essa manipulação
Do decíduo ou permanente
Tiver mais penetração
Do que deve usualmente
Pois o coitado do dente
Vai penar de aflição

Após aberto o dente
Precisa ser restaurado
O cuidado com a lesão
Deve ser bem reparado
Fazendo a inserção
Material com adesão
Deixando dente vedado

Se propor cariostático
Mostre seu bem evidente
E seu custo tão barato
Para cárie ficar ausente
Se manchar é só um fato
Seu benefício é exato
Afirmo e sou coerente

O diamino fluoreto
De prata é material
De fácil aplicação
Para a saúde bucal
É uma ótima opção
E perfeita sugestão
Para cárie sumir geral

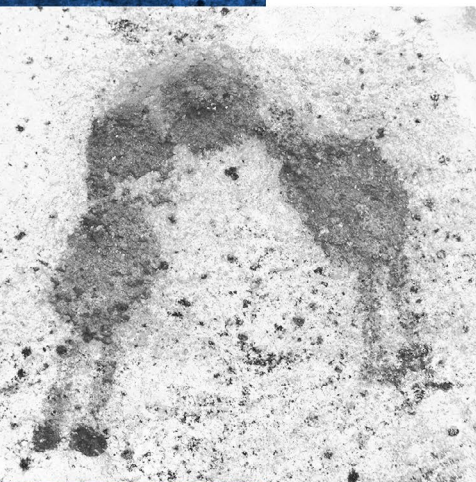
Vamos agir com clareza
Com os nossos pacientes
Passar muita confiança
E não sermos negligentes
Estamos na liderança
Sendo adulto ou criança
Sejamos eficientes

A M.I também pede
Para que o profissional
Seja muito cuidadoso
Com acuidade visual
Sem um agir duvidoso
É bom ser criterioso
Saber o que é anormal

Vendo uma mancha branca
Que esteja na forma ativa
M.I cai consonante
Sendo muito assertiva
Podendo usar "Infiltrante"
Para o problema iniciante
Agir nessa defensiva

Educação em saúde
E o agir de prevenção
São coisas que vão somar
À essa nova visão
Para o dentista atuar
E finalmente abusar
Da mínima intervenção

Mais do que uma prática
É também filosofia
Cuja periodicidade
Deve entrar sintonia
Dentista com sua vontade
E com a responsabilidade
O paciente se alia



*Se na fóssula e fissura
Optar por um selante
Resina que é escoada
Sobre esmalte intrigante
Uma ação bem preparada
Antes sendo trabalhada
Para a função adesivante*

*Não é fácil mudar dogmas
Sair da “lei” curativa
Fugindo da tradição
Usando ação preventiva
Pensando em preservação
Mudando alimentação
Para quem está à deriva*

*Para doutora Daniela
A mínima intervenção
É mais que um tratamento
É máxima preservação
Há outro englobamento
Para o desenvolvimento
Dessa importante ação*

*O mínimo aqui é máximo
Seguimos nossa evidência
Fica aqui nossa lição
Nosso agir de consciência
Usando de informação
Rima forte e oração
Em nome de uma ciência*

Após a leitura do cordel, houve uma complementação da fala da debatedora de como estava sendo o seu trabalho como cirurgiã dentista nesse período de pandemia, principalmente no início dela, onde a biossegurança estava em foco e os equipamentos de proteção individuais (EPI) escassos. Relatou que houve muita dificuldade. A escassez inicial de equipamentos de proteção individual fez com que os cirurgiões-dentistas tenham se afastado do atendimento ambulatorial na APS, mas permaneceram ajudando a equipe com a triagem (verificando temperatura e oximetria), auxiliando nas barreiras sanitárias. Mais adiante retomaram as ações do programa de saúde na escola com envio de vídeo para equipe da Secretaria da Educação do município para ser repassado para os escolares. Os atendimentos de urgência foram retomados quando as entregas de EPIS normalizaram e o indispensável uso da mínima intervenção em odontologia teve seu destaque nesse novo processo adaptativo. Com relação ao atendimento dos pacientes especiais no Centro de Especialidades Odontológicas

houve a precisa constatação de um absenteísmo protetivo, por se tratar de um grupo mais vulnerável e de maior risco de contágio ao SARS-CoV-2. Saliou ainda a questão do comportamento ético dos profissionais ao manterem a reserva de identidade na testagem positiva da covid-19.

Ao final, a pergunta da mediadora sobre as dificuldades do uso da mínima intervenção em APS e CEO, prontamente respondida pela debatedora de que O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) era bastante usado e sem dificuldades, muito embora, o ionômero de vidro usado em Saúde Pública não seja de alta viscosidade e que outras técnicas de mínima intervenção também não sejam introduzidas nesse extenso enquadramento filosófico. E conclui sua fala com mais uma pérola de cordel:

A odontologia é
Uma bela profissão
O cuidado com os dentes
É a nossa condição
E um governo inteligente
Valoriza essa função.

A VIVÊNCIA DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA REGIÃO DO NORDESTE PARAENSE E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Lilian Oliveira Magalhães

A heterogeneidade de discutir a saúde bucal coletiva nos oferece a oportunidade de dialogar, suas reformas e fragilidades. É oportuno trazer a vivência da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), desde a implementação em 2004 até os dias atuais, ocorrida no município de Bragança, localizado no interior da região norte do Estado do Pará, Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município apresenta densidade demográfica (59 hab./km²) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,589, sendo uma das cidades mais antigas da região, com 407 anos de história e grande diversidade regional (IBGE, 2010).

Atualmente, segundo a nota técnica do Ministério da Saúde, o município de Bragança, apresenta 81,41% de cobertura das equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 27 ESB, um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e neste ano foi aprovado um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e a Residência em Saúde da Família, em parceria com a Universidade Estadual do Pará (UEPA) na área de concentração em saúde bucal (BRASIL, 2020).

A implementação dos eixos norteadores da PNSB, conhecida como Brasil Sorridente, ocorreu detidamente no município de Bragança, após 16 anos de sua efetivação. Os principais eixos da PNSB implantados no município foram: a reorganização da atenção básica e especializada com a inclusão de ações de promoção, prevenção e reabilitação além de práticas de vigilância em saúde.

Ao analisar a série histórica de expansão das ESB em Bragança (Figura 1), os dados reportados sugerem que houve um aumento na implantação das equipes de Saúde Bucal/ equipes de Saúde da Família (eSF) após a criação do plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB, através da Portaria nº 2.372/GM, em 2009 (BRASIL, 2009). Provavelmente, devido aos gestores considerarem a compra dos equipamentos odontológicos um obstáculo para expansão do programa de saúde bucal da atenção básica. Recomenda-se estudos mais direcionados para elucidar as relações de tais fatores.

Figura 1. Implantação das Equipes de Saúde Bucal de Bragança – Pará - Brasil, 2004-2020.



Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.

Comparando o total de ESB de Bragança com a região norte observou-se uma cobertura de 81,41 %, e 50,52%, respectivamente, de acordo com a Nota Técnica do Ministério da Saúde. Bragança pode ser considerada um *outliers* em relação a expansão das ESB, pois as pesquisas apontam para uma menor cobertura das ESB no norte, quando se compara as macrorregiões do Brasil (BRASIL,2020).

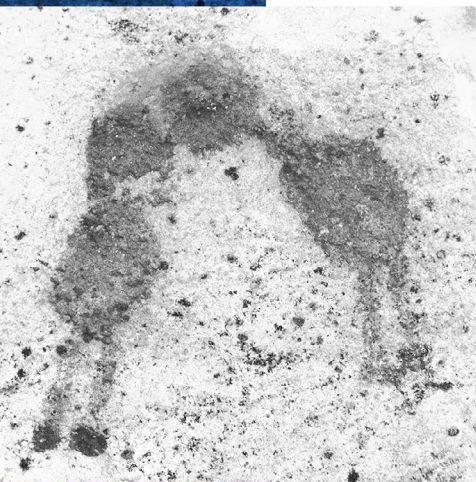
Os resultados encontrados por Pinho *et al.* (2015), em relação aos índices de coberturas de ESB nas regiões do Brasil, concluiu que o norte obteve os piores resultados.

O processo de implantação e organização dos serviços de saúde bucal da atenção secundária no município de Bragança ocorreu tardiamente, principalmente devido ao financiamento e a dificuldade de contratação de mão de obra qualificada. O Laboratório Regional de Prótese Dentária foi implantado em 2010 e dez anos depois o Centro de Especialidades Odontológicas. Essa assertiva nos aponta a necessidade de políticas que possam diminuir as desigualdades em saúde, principalmente nas regiões mais vulneráveis.

A fluoretação da água de abastecimento público é uma política inacessível para o município, principalmente devido à dificuldade de abastecimento de água na região não ser de qualidade, fato que levou a população a ter poços artesianos em suas residências. Outro obstáculo é a falta de treinamento para os profissionais de saúde responsáveis pelo processo de fluoretação. O eixo da vigilância em saúde bucal ocorreu pontualmente nas ESB, sendo que apenas em 2019 encetou o processo de levantamento epidemiológico na população iniciando com os idosos.

É notório que a PNSB contribuiu para aumentar o acesso aos serviços odontológicos, porém a expansão das políticas de saúde bucal entre as macrorregiões do país se deu de forma desigual, revelando iniquidades que podem estar relacionadas à racionalização do planejamento de programas de saúde que são desenvolvidos principalmente para as regiões mais vulneráveis, não considerando as especificidades locais (NEVES *et al.*, 2019).

O documento das diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta para a permanente construção da PNSB, debatido a partir dos resultados da pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL, 2004).



O SB Brasil 2010 foi a primeira Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada já com a PNSB vigente. Os resultados revelaram iniquidades relacionadas à universalidade da política, principalmente quando se comparam as macrorregiões do país, dentre as quais a região norte se destaca com os piores agravos de saúde bucal (BRASIL, 2012).

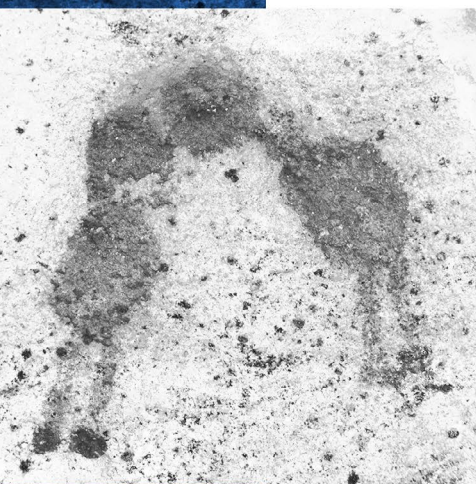
Apesar da expansão da cobertura das ESB, ainda se observa a presença de um modelo hegemônico, refletindo condições cumulativas de problemas bucais principalmente em regiões de baixo IDH (BRASIL, 2004; SILVA *et al.*, 2015; PIRES *et al.*, 2015; CHAVES *et al.* 2017; CHAVES *et al.*, 2018).

É necessário reorganizar a PNSB e não desconstruir, mas despidendo o olhar e a fala, não ser indiferente às realidades locais, a fim de que possamos promover uma política que traga grande alarido e possa efetivamente diminuir as desigualdades sociais.

Para isso é imprescindível conhecer as diversas pluralidades deste país, as dificuldades enfrentadas em relação às políticas de saúde bucal e qual o planejamento e as tecnologias utilizadas para seu enfrentamento. Isso é possível através das experiências chamadas de exitosas, que trazem inovações com intuito de diminuir as iniquidades regionais.

O município de Bragança desenvolveu durante 16 anos experiências que proporcionaram promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, utilizando tecnologias leves e adequadas. Para isso se utilizou da educação permanente, pois somente através dela podemos expandir as redes de serviço, atuando com diversos atores.

Dentre as experiências exitosas desenvolvidas estão os Encontros de Câncer de Boca, que tiveram como objetivo principal desenvolver uma Rede Cuidado a pessoa com esta patologia, envolvendo diversos setores da sociedade. Outro projeto desenvolvido que teve impacto no indicador da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, foi o Projeto Fazendo Bragança Sorrir, com o



propósito de realizar a escovação dental supervisionada em todos os espaços de saúde inclusive antes dos atendimentos odontológicos, e no ano de 2019, atingiu a meta de 1,2% deste indicador.

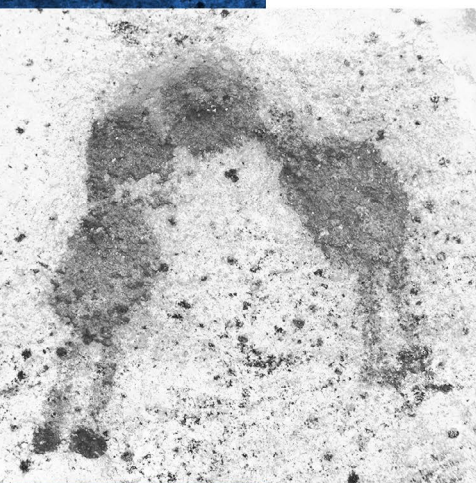
“*Mira la salud*”, como nos diz Hugo Rossetti (1995). É o que as experiências exitosas estão fazendo por todo país, a partir de um olhar social. Elas trazem um campo de interação de saberes, garantindo o direito à saúde e respeitando as diversidades regionais. Este é um caminho para diminuir as iniquidades e desigualdades sociais e buscar a integralidade da saúde bucal na prática.

Entretanto, estamos vivendo uma crise política e de saúde sem precedentes. O cenário atual é desfavorável para reformular políticas públicas, devido a um governo nefasto que tem como prioridade uma “necropolítica” ultraliberal de extrema direita, que ameaça o estado democrático, com desmonte de direitos já conquistados e ainda fecha os olhos para a crise sanitária, causada pela pandemia da covid-19.

O trabalho de Muniz *et al* (2019), nos remete a uma história que se repete, o surto da gripe espanhola em Bragança, no Pará, ocorrido há cem anos. A diferença entre o ontem e o hoje é que ontem, segundo o autor, o município tinha apenas um médico e uma ambulância e, hoje, temos o Sistema Único de Saúde, o maior responsável pelo combate da pandemia da covid-19 no Brasil.

Devido a atual conjuntura, os profissionais de saúde do SUS, em especial os cirurgiões-dentistas, precisaram se reinventar e em Bragança não é diferente. Assumiram a linha de frente da pandemia, atuando em diferentes espaços da saúde: orientação de saúde nas barreiras e disk saúde, assistência farmacêutica, gerenciamento das unidades, entre outros.

O SUS é uma conquista social, veio do ensejo de garantir direito à saúde a todos os brasileiros e a partir deste conceito é que as políticas públicas de saúde devem ser elaboradas, em consonância com os problemas de saúde presente nas regiões brasileiras. Entretanto,



devido ao negacionismo de sua importância, o SUS está sendo dilacerado, principalmente a partir da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016 (BRASIL, 2016), que trouxe o decurso das políticas públicas de saúde no Brasil. Porém, a pandemia da covid-19 o evidenciou, trazendo sua importância, principalmente para os locais mais remotos do Brasil. Será o suficiente para salvá-lo?

FLORIANÓPOLIS E A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Valeska Maddalozzo Pivatto

Florianópolis, capital de Santa Catarina, possui uma população estimada em 500 mil habitantes. Em termos de Atenção Primária em Saúde (APS), conta com 49 centros de saúde e 136 equipes, distribuídas entre equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB), perfazendo 100% de cobertura populacional. Na odontologia, dispõe de 76 cirurgiões-dentistas na APS, totalizando a cobertura de 30% de saúde bucal. No entanto, muitos cirurgiões-dentistas atuantes no município não compõem as equipes de saúde bucal na APS, já que a formação das equipes depende da presença também de auxiliares ou técnicos e há carência desses profissionais.

Em tempos “pré-covid”, Florianópolis apresentava algumas conquistas e muitos desafios nas questões de saúde bucal. Dentre as conquistas é possível destacar: (1) a atuação de profissionais qualificados, com formação na Atenção Primária, cientes do seu papel na Estratégia de Saúde da Família e nas equipes de Saúde Bucal; (2) o fato de Florianópolis já ter iniciado a discussão sobre o acesso centrado no usuário, visando à desburocratização das agendas e privilegiando atendimentos mais convenientes para o usuário; (3) o uso das tecnologias e ferramentas de ampla utilização pela população como WhatsApp, Google e redes sociais como Instagram e Facebook, tanto para divulgação dos serviços,

educação em saúde, mas também para o contato com os pacientes; (4) Florianópolis possuir protocolos e fluxos de referência e contra referência para o Centro de Especialidade, onde todos os encaminhamentos da APS são 100% regulados, contando ainda com o apoio matricial com os especialistas, favorecendo a educação permanente e a melhor resolução dos casos; (5) a forte presença da Câmara Técnica de um grupo de cirurgiões-dentistas voluntários, dedicado a pensar a odontologia no município, que trabalha junto à gestão central da Secretaria de Saúde; (6) a atuação de odontólogos nos Conselhos Locais e Municipal de Saúde, além de eventos como a primeira Conferência Municipal de Saúde Bucal, em 2019, com a presença do professor Paulo Capel Narvai; e, por fim, (7) o controle social, isto é, a participação direta da população nas decisões ligadas à saúde.

Com relação aos desafios, nota-se: (1) a grande queda na cobertura das equipes de saúde bucal, devido à ampliação da rede de APS, ao aumento da população, à redução de carga horária de cirurgiões-dentistas e à falta de reposição de aposentadorias e exonerações; (2) o número insuficiente de auxiliares e de técnicos em saúde bucal, bem como a dificuldade de compreensão do papel e potencialidades desses profissionais; (3) o aumento da pressão assistencial para clínica individual em detrimento das ações de promoção, prevenção e educação; (4) o distanciamento dos odontólogos das outras profissões da área da saúde como médicos e enfermeiros e equipe NASF; (5) a ausência da coordenação da saúde bucal no organograma da secretaria de saúde.

Com a chegada da covid-19, novos desafios surgiram. A primeira decisão a ser tomada pela gestão municipal foi sobre centralizar ou não os atendimentos de casos suspeitos de covid-19. Florianópolis optou por não centralizar, mantendo os atendimentos em toda a rede de Atenção Primária, em todas as unidades de saúde possíveis. Médicos, enfermeiros, dentistas, todos permaneceram em suas unidades, visando à aproximação com a comunidade, fortalecendo ações comunitárias, a vigilância do território e o monitoramento dos casos.

Logo no início da pandemia a questão da biossegurança e dos equipamentos de proteção individual (EPI) foram os pontos cruciais a serem trabalhados. Rapidamente, os EPI chegaram em boa quantidade e em boa qualidade. Os procedimentos de biossegurança e organização das consultas e consultórios precisaram ser revistos e reestruturados, mesmo à luz das poucas informações científicas disponíveis sobre a transmissibilidade do vírus. Essas adequações motivaram uma reavaliação das práticas odontológicas e da equidade de atendimentos, tanto na clínica propriamente dita (procedimentos operatórios), quanto nas formas de acesso ofertadas aos pacientes. As equipes de Saúde Bucal foram impelidas a intensificar a escuta qualificada das queixas dos pacientes, a fim de decidir e orientar o melhor momento para o atendimento.

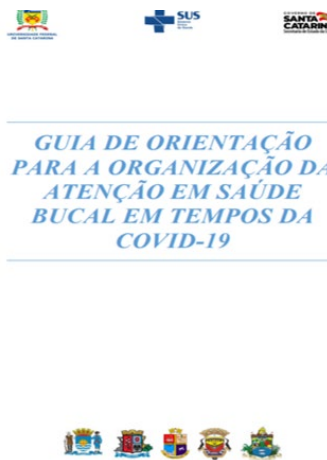
Como o agravamento da pandemia, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) viram-se diante da necessidade de atendimento remoto dos usuários e da utilização de ferramentas como WhatsApp, telefone, videochamadas e qualquer recurso virtual acessível. A resolução 226/2020 sobre teleatendimento na saúde bucal feito pelo Conselho Federal de Odontologia foi um avanço, no entanto ainda se apresenta muito limitada para o SUS.² Diante das tecnologias utilizadas por grande parte da população, é inegável a existência de benefícios propiciados pelo atendimento remoto durante a pandemia.

Nessa linha, Florianópolis já vinha há alguns anos trabalhando no projeto chamado “Alô Saúde”, que coincidentemente foi lançado na mesma semana em que a pandemia foi declarada. Trata-se de uma central de atendimento pré-clínico, onde o paciente liga, relata sua queixa e o seu direcionamento é feito por um profissional de saúde. No entanto, em um primeiro momento, a saúde bucal não foi incluída no “Alô Saúde”. A saúde bucal só passou a fazer parte do projeto com o desenrolar de diálogos e planejamento, sendo uma vitória de visibilidade. Um ganho importante para marcar o espaço da saúde bucal.

² Após a realização deste evento, o CFO publicou nova resolução sobre odontologia à distância ampliando o escopo de ações para o SUS (Resolução CFO 228/2020 de 16 de julho de 2020).

Outro acontecimento positivo na região, mesmo diante de toda essa tragédia que se tem vivido, foi a formação do Grupo de Trabalho dos municípios da Grande Florianópolis, junto à área técnica da saúde bucal da Secretaria do Estado. Encabeçados pela professora Renata Castro Goulart, da Universidade Federal de Santa Catarina, os municípios compartilharam suas experiências, angústias e ações, ajudando uns aos outros. Tal grupo construiu e publicou um guia de orientação para organização da atenção em saúde bucal em tempos de covid-19 (Figura 2), a fim de auxiliar as ESB e a gestão local (GOULART, 2020).

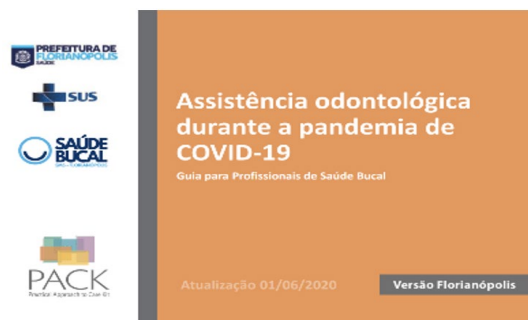
Figura 2. Guia de Orientação para Organização da Atenção em Saúde Bucal em Tempos de covid-19



Florianópolis através da equipe da Secretaria Municipal de Saúde (2020) formulou também outros materiais de apoio às ESB: “PACK Odonto covid” (Figura 3) e um guia rápido para *WhatsApp* (Figura 4). O “PACK Odonto covid” é um guia de práticas clínicas, baseado em evidências científicas. Ele é parte de um projeto maior, chamado *PACK*

(*Practical Approach to Care Kit*), originado na Universidade do Cabo, na África do Sul, com o *British Medical Journal* e em parceria com a Prefeitura de Florianópolis. Esse guia específico odontológico para a covid-19 aborda questões de biossegurança, trata de atendimento remoto e das principais queixas de urgência odontológica. Para embasar o teleatendimento, foi desenvolvido um guia rápido de uso do *WhatsApp*, um material norteador para o atendimento remoto eficiente e padronizado na rede.

Figura 3. PACK Odonto COVID



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2020).

Figura 4. Guia Rápido para Whatsapp

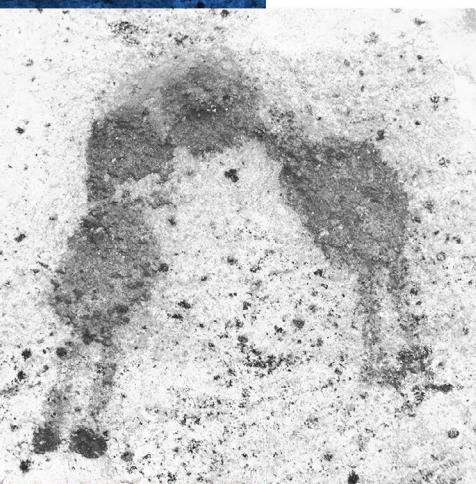


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2020).

Pensando em tempo “pós-pandemia”, alguns pontos se mostram definitivos: (1) os procedimentos de biossegurança mudaram e deverão ser mantidos; (2) as ESB precisarão desenvolver novas competências, como a utilização de tecnologia de informação e comunicação, mídias e redes sociais; (3) adequação de estrutura física dos consultórios, revendo especialmente o compartilhamento de salas e problemas de ventilação; (4) implantação de padrões de acesso baseados na equidade; (5) ampliação das aplicações da odontologia minimamente invasiva; e (6) repensar o modelo de saúde bucal coletiva e o que tem sido feito em termos de ação sobre os determinantes sociais de saúde (DSS).

Especialmente com relação à equidade, discute-se qual a melhor maneira de atender a população e como estabelecer a prioridade desses atendimentos. Seja por ordem de chegada, número de fichas, demanda espontânea, retornos periódicos ou múltiplas consultas para um tratamento individual completado. Há um permanente dilema para os profissionais da saúde: como transformar a odontologia individualista em uma odontologia de fato coletiva e comunitária? Os profissionais da saúde bucal precisam demonstrar o que fazer, como fazer e como ir além, afastando a centralização do cuidado no procedimento clínico e operatório, avançando em torno da saúde coletiva e no entendimento de que o dentista é mais do que o consultório.

Sobre a nova política de financiamento da APS, “Previne Brasil”, a saúde bucal aparece desvinculada da equipe de Saúde da Família, soando como uma “opção no cardápio”. Desta forma, os gestores poderiam optar em ofertar ou não saúde bucal para a população. Tal fato, somado à falta de incentivo financeiro para a saúde bucal, mostra-se como uma oportunidade para a implantação da APS seletiva e, até excludente, ignorando evidências de que as doenças bucais são um problema de saúde pública e o impacto que isso gera na vida das pessoas (PERES, 2019).



Como conclusão, a redução da capacidade de atendimento odontológico em tempos de pandemia é inevitável, por isso ter uma saúde bucal estruturada e fortalecida é fundamental para que ela seja realmente essencial na Atenção Primária. No mesmo sentido, o retorno dos atendimentos eletivos deve acontecer como decisão técnica, com segurança para a população e profissionais.

Cabe a cada profissional do serviço público defender o SUS e a saúde bucal abrangente e universal, bem como a permanência das ESB em consonância com as ESF.

REFERÊNCIAS

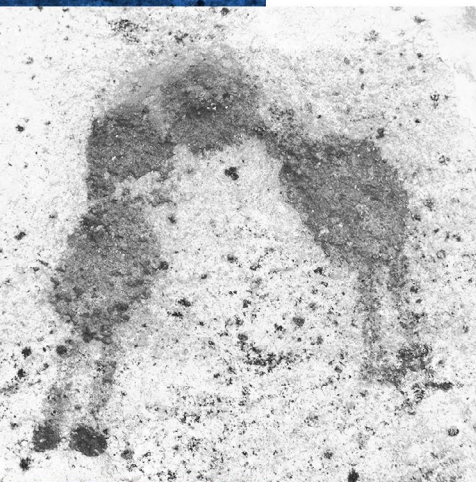
ABRASCO. *Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 - Posicionamento da Rede APS*, da Abrasco [Internet]. ABRASCO. 2020 [citado 23 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/fortalecer-a-estrategia-saude-da-familia-no-enfrentamento-da-covid-19/47785/>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica. Informação e gestão da atenção básica. *Cobertura de Saúde Bucal*. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização eo funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [*Diário Oficial da União*]. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [*Diário Oficial da União*]. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2203, de 05 de novembro de 1999. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS: 01/96. [*Diário Oficial da União*], Brasília, DF, 6 nov. 1999.



BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados principais*. 1. ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse dos resultados do Censo 2010 IBGE. *IBGE*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>). Acesso em: 26 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [*Diário Oficial da União*]. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

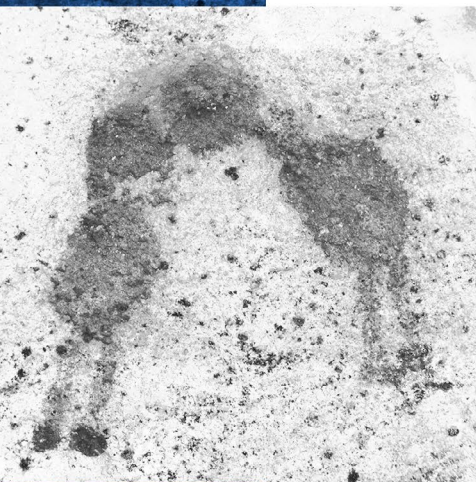
BRASIL. Portaria no 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [*Diário Oficial da União*]. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. [*Diário Oficial da União*]. Brasília, DF, 2019.

CAMPOS, G. W. S. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde - artigo de Gastão Wagner [Internet]. *ABRASCO*, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/estrategias-para-consolidacao-do-sus-e-do-direito-saude-artigo-de-gastao-wagner/30753/>. Acesso em: 23 set. 2020.

CARNUT, A. M. E. L. Novo modelo de financiamento para qual Atenção Primária à Saúde? [Internet]. *ABRASCO*, 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/formacao-e-educacao/novo-modelo-de-financiamento-para-qual-atencao-primaria-a-saude-artigo-de-aquilas-mendes-e-leonardo-carnut/43609/>. Acesso em: 23 set. 2020.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 2, p. 76-91, out. 2018.



CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, jun. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - NOTA: CNS desaprova publicação de portaria da Atenção Primária sem aval do controle social [Internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/882-nota-cns-desaprova-publicacao-de-portaria-da-atencao-primaria-sem-aval-do-controle-social>. Acesso em: 23 set. 2020.

CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO Declares covid-19 a Pandemic. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. v. 91, n. 1, p. 157-160, mar. 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Bragança. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/para/braganca.pdf>.

GOULART, R. C. (Org.). *Guia de Orientação para a Organização da Atenção em Saúde Bucal em Tempos da covid-19*. Florianópolis: 2020. Disponível em: <https://odt.ccs.ufsc.br/2020/08/04/guia-de-orientacao-para-atendimento-odontologicos-em-tempos-de-covid19>. Acesso em: 22 set 2020.

KLITZKE, D. D. *Qual o papel da Atenção Primária à Saúde no combate ao novo Coronavírus*. Documento não publicado.

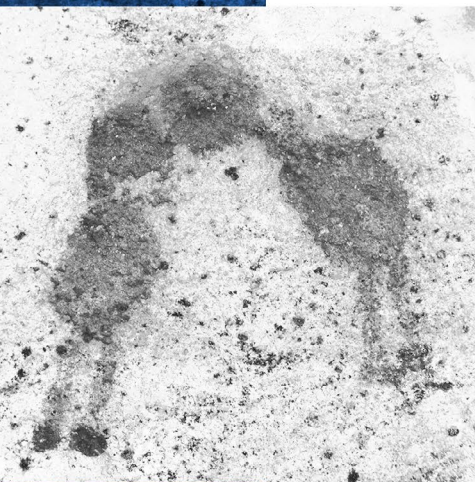
MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, jun. 2020.

MELAMED, C.; PIOLA, S. F. *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. 2011.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018.

MENDES, A.; CARNUT, L.. Neofascismo, Estado e a crise do capital: o Brasil de Bolsonaro e a demolição do direito à saúde. *XXV Encontro Nacional de Economia Política*. 2020. Disponível em: https://enep.sep.org.br/uploads/717_1583791189_Artigo_SEP_com_autoria_pdf_ide.pdf. Acesso: em 20 jun. 2020.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Fiocruz, 2018.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. E-gestor Atenção Básica. Informação e gestão da atenção básica. Nota Técnica. *Cobertura de Saúde Bucal*. Disponível em: gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml. 2020. Acesso em: 27 abr. 2021.

MUNIZ, E. S. A.; FERIAS, S. C. A influência entre nós: A interiorização da gripe espanhola na Amazônia e a chegada da doença a Bragança (PA) (1918). *Macapá*, v. 6, n. 2, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/fronteiras>. Acesso em: 27 abr. 2021.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, mai. 2019.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde, SUS. Políticas e Sist. *Saúde no Bras.* p. 365–93, 2014.

NOTA: CNS desaprova publicação de portaria da Atenção Primária sem aval do controle social. Conselho Nacional de Saúde, 19 de novembro de 2019. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/882-nota-cns-desaprova-publicacao-de-portaria-da-atencao-primaria-sem-aval-do-controle-social>. Acesso em: 23 set.2020.

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, v. 394, p. 249–60, 2019.

PINHO, J. R. O. *et al.* Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, São Paulo, v. 69, n. 1, jan./mar. 2015.

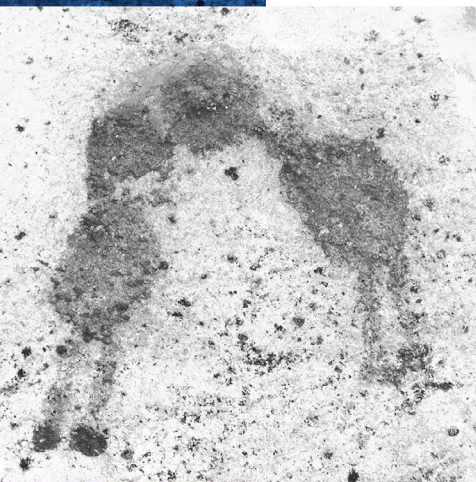
PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 1, p.273-284, 2015.

ROSSETTI, H. *Salut para la odontología*. Argentina, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. *Assistência odontológica durante a pandemia de covid-19: Guia para profissionais de saúde bucal*. 1. ed. 01/06/2020. Florianópolis, 2020a. Disponível em: sus.floripa.br/odonto. Acesso em: 22 set. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Guia Rápido para Uso do WhatsApp para Equipes de Saúde Bucal. *Câmara Técnica de Odontologia*. Florianópolis, 2020b. Disponível em: http://sus.floripa.br/odonto/_GuiaWhatsappESB.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

SILVA, J. V.; MACHADO, F. C. V; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, 2015.





Efigênia Ferreira e Ferreira
Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Antonio Carlos Pereira

SB BRASIL
2020:
HISTÓRIA
TEMPORARIAMENTE
INTERROMPIDA

Esta é uma narrativa dos caminhos percorridos na construção do SB Brasil 2020, até o momento. É um relato que descreve o processo de organização desta pesquisa, temporariamente interrompida em função da pandemia da covid-19. Retomamos em outubro de 2020, realizando o que foi possível e planejando o que pôde ser planejado, já que alguns itens, tais como o aparato de biossegurança, exigem maior cautela pela imprevisibilidade ainda presente. É um texto informativo e necessário, mas sem maiores pretensões. Uma história que precisa ser contada.

COMEÇOU ONDE DEVERIA TER COMEÇADO

Em 2017 fomos procurados pela Dra. Livia Maria Almeida Coelho de Souza, então Coordenadora Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, convidando a Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, por meio do Departamento de Odontologia Social e Preventiva (OSP), para executar o Projeto SB Brasil 2020 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Nesta época ela começou a organizar um projeto para trabalhar pelo financiamento.

Os três primeiros parágrafos do projeto finalizado, abaixo reproduzidos, representam os argumentos por ela apresentados, neste primeiro contato:

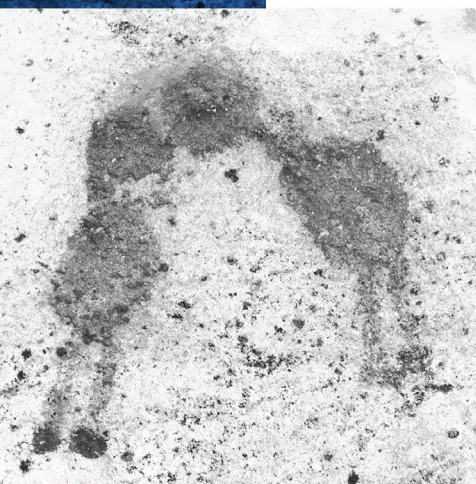
A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente, possui diretrizes voltadas para a reorganização e reorientação do modelo de atenção em saúde bucal direcionada para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos pressupostos da PNSB refere-se ao uso de informações epidemiológicas sobre as condições de saúde-doença da população para subsidiar o planejamento das ações em saúde bucal, conforme o modelo de vigilância em saúde do SUS (BRASIL, 2004a).

A caracterização do perfil epidemiológico bucal da população brasileira é essencial para a identificação dos principais agravos bucais e, assim, fornecer subsídios para políticas públicas, ações e estratégias intersetoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca-se, ainda, a importância de se avaliar a distribuição dos agravos bucais segundo as condições socioeconômicas, diante de diferenças sociais e sanitárias intra e entre as macrorregiões do Brasil, que estabeleceram historicamente um cenário de profundas iniquidades em saúde bucal.

O Projeto SB Brasil 2020 é parte essencial do componente de vigilância em saúde da PNSB e representa a continuidade e consolidação de uma série histórica de informações epidemiológicas em saúde bucal, iniciada com o levantamento nacional realizado em 1986 (BRASIL, 1988). Em 1996, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional em saúde bucal no país em crianças entre seis e 12 anos de idade (BRASIL, 1996). A partir do ano 2000, foram conduzidos dois levantamentos nacionais em saúde bucal, representativos da população brasileira, com metodologias semelhantes: o Projeto SB Brasil 2003 e o Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012). As informações obtidas nestes levantamentos contribuíram para a elaboração de uma consistente base de dados em saúde bucal da população brasileira. Assim, a continuidade de estudos de base nacional corrobora com a estratégia de vigilância em saúde da PNSB e fortalece a institucionalidade dos inquéritos em saúde bucal no país. (BRASIL, 2020)

A primeira discussão foi feita com os 21 professores do Departamento de Odontologia Social e Preventiva (OSP). Proposta aceita, buscamos apoio na diretoria da Faculdade de Odontologia e Reitoria da UFMG. Com o apoio dado, iniciamos o trabalho com a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

O ano de 2018 foi gasto com discussões e adequações dos custos do projeto, organizado pela equipe da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, para que ele pudesse ser aprovado. Com muito esforço



da equipe e empenho da Coordenadora Nacional de Saúde Bucal, Dra. Livia Maria Almeida Coelho de Souza a proposta foi aprovada em dezembro de 2018.

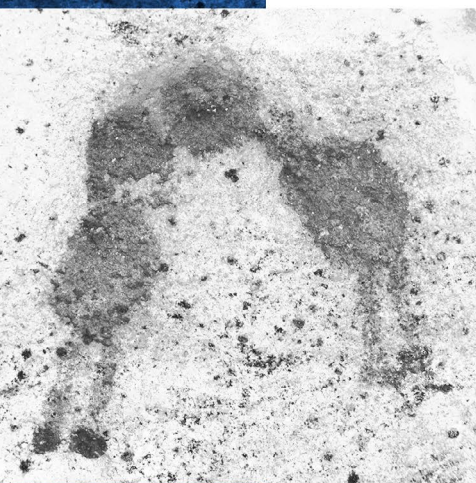
A ORGANIZAÇÃO DO SB BRASIL 2020

Logo no início, procuramos a Profa. Dra. Nilza Nunes da Silva, agora aposentada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), que havia assessorado o plano amostral do SB Brasil 2010. Foi uma colaboração inestimável. Explicou o que e como havia orientado a equipe anterior, nos mostrou as dificuldades de um estudo dessa envergadura, e como poderíamos minimizar os possíveis erros e inconsistências. Embora não tenha podido nos assessorar diretamente, indicou um grupo da própria FSP-USP que se integrou à nossa equipe.

A partir daí nos organizamos em uma equipe de coordenação (seis professores) junto a um grupo de outros professores da UFMG, que se interessaram e se dispuseram a participar, principalmente do Departamento Saúde da Criança e do Adolescente (DSCA).

Após várias leituras e discussões, fizemos um esboço das ideias e nos reunimos, em setembro de 2019, com o Comitê Assessor do SB Brasil 2020, formado por professores pesquisadores, de várias universidades brasileiras, alguns dos quais já haviam participado do SB Brasil 2003 e 2010.

No final de setembro nos reunimos com os Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal, contando com a participação de 26, dos 27 coordenadores, incluindo o do Distrito Federal. Foi realizada uma oficina, com o objetivo de apropriação do projeto, construção do termo de competências dos coordenadores, indicação da universidade mais próxima ao serviço nos estados e principalmente que se sentissem



como participantes ativos do processo. A definição da universidade de cada estado orientaria a formação do grupo de professores de referência. As competências, depois de organizadas, foram enviadas aos coordenadores estaduais, para que comentassem e aprovassem ou não. Todos os que responderam, aprovaram o documento.

Após a reunião com os coordenadores estaduais, estruturamos o grupo de professores de referência. Estes são os professores que atuarão junto aos profissionais do campo, na etapa de coleta de dados. Eles serão o apoio mais próximo que terão em caso de dúvidas ou outros problemas que exijam solução imediata. Esta equipe está formada por 10 Professores, sendo dois por macrorregião brasileira. Por se exigir minimamente um perfil adequado para a função: ser pesquisador com experiência em estudos epidemiológicos e com experiência e proximidade com o serviço público de saúde bucal, nem todas as sugestões dos coordenadores estaduais puderam ser contempladas. Mas fizemos os convites e formamos esse grupo.

A Figura 1, apresenta o organograma construído para orientação das atividades, incluindo todos os participantes que executarão alguma atividade, em algum momento específico.

Em tempos de pandemia, continuamos com algumas atividades. O plano amostral foi concluído e, para garantir a representatividade dos estados, a amostra foi definida em cerca de 50 mil voluntários.

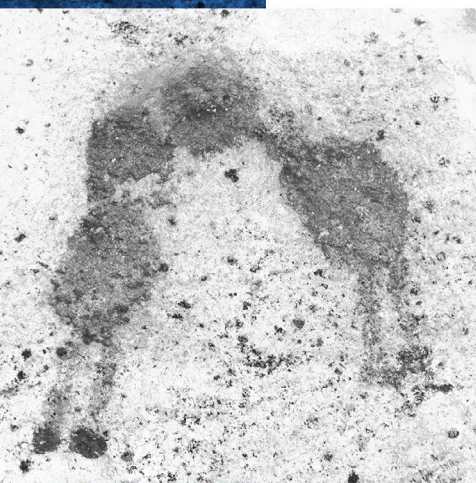


Figura 1. Organograma do SB Brasil 2020.



Fonte: Produzido pela equipe responsável pelo Projeto SB Brasil-2020

O projeto foi finalizado após consulta pública e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Atualmente já foi encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e se encontra “em apreciação ética” e, após obter a aprovação, estará disponível no site do Ministério da Saúde.

Por conta da pandemia todas as atividades que incluíam pessoas foram suspensas como o teste piloto, as fotos para o treinamento e calibração. Sem poder solicitar a segunda parcela do projeto, atividades de compras, construção do software para coleta de dados e outras também foram interrompidas.

Em linhas gerais existe sempre a ansiedade de se conhecer quais agravos bucais serão examinados. Eles estão descritos na Figura 2, com pequenas alterações, tomando-se como base os inquéritos anteriores.

Figura 2. Agravos bucais a serem pesquisados para cada idade-índice ou grupos etários.

Idades-índices/ grupos etários (anos)	Cárie dentária		Necessidade de tratamento	Traumatismo dentário	Condição periodontal		Condição da oclusão dentária		Uso e necessidade de próteses	Urgência de tratamento
	Coroa	Raiz			CPI	PIP	Má oclusão	DAI		
5										
12										
15 - 19										
35 - 44										
65 - 74										

Fonte: (BRASIL, 2020).

FINALIZANDO A HISTÓRIA

Organizar uma pesquisa desta envergadura não é tarefa fácil, sobretudo quando os objetivos contemplam uma amplitude real, muito além da produção e divulgação científica. Precisamos dos resultados para que os serviços públicos de saúde bucal possam tirar proveito do que foi observado, para planejamentos mais eficazes e efetivos, para que se acrescente mais uma etapa da série histórica iniciada, para melhor distribuição dos recursos, tendo como meta a saúde bucal da população brasileira.

No entanto, apesar de considerarmos que todos os dados de todos os agravos são importantes, escolhas devem ser feitas, por critérios científicos, financeiros ou mesmo de exequibilidade. E com

a colaboração de todos os que participaram das discussões ou da consulta pública, fizemos as escolhas. Temos um longo caminho pela frente, mas estamos firmes e se tudo se normalizar, estamos prevendo a coleta de dados para setembro de 2021.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986* / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

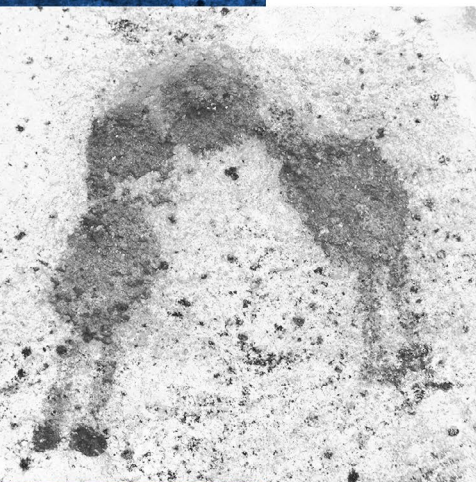
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 - Cárie dental* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 1996. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* Brasília: 2020.



6

Márcia Pereira Alves dos Santos

Roger Keller Celeste

Júlio Renato Lancellotti

Helder Henrique Costa Pinheiro

AS DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES EM SAÚDE ANDAM NA BOCA DO MUNDO

APRESENTAÇÃO

O Professor Helder abriu e mediou os trabalhos fazendo uma contextualização dos Diálogos Bucaleiros como um projeto, uma iniciativa, uma ação sobre saúde bucal coletiva durante a pandemia da covid-19, realizada pelo Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco).

Diálogos Bucaleiros tem e teve por princípios a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da universalidade do acesso, da integralidade do cuidado e do direito à saúde, tendo como preâmbulo a participação social. Esta edição aconteceu “na boca da noite”, com a temática das desigualdades e vulnerabilidades. O encontro foi uma conversa fluida e interessante entre os três debatedores e o mediador, que após a apresentação de cada palestrante, tergiversou sobre os significados dos nomes dos expositores.

Sendo assim, o professor inicia apresentando Márcia e referindo seu nome, Alves, como equivalente a guerreiro protetor. E sobre a pergunta “que males são estes das desigualdades e vulnerabilidades?”, cita Castro Alves (1883, p. 69) e seu poema *Navio Negroiro*, quando exclama: “Colombo: Fecha a porta dos teus mares?” Que mazelas fruto dessa escravização forçada trazidas de além-mar são sentidas e nos atingem até hoje, nos dias atuais? Para Roger, destaca o lançar das flechas para abater os inimigos como significação nominal, como que convidando-o a apresentar dados epidemiológicos e evidências científicas. E, finalmente, para o Monsenhor Lancellotti, faz menção às chagas medievais que persistem... chagas na pele... chagas no corpo... chagas na alma. O nome Júlio tem o significado de jovem, de macio, de alguém que cuida.

No contexto daqueles que estão às margens de todos os cuidados bucais. E ainda, e quando estes males estão cobertos por

máscaras? Com vocês, um pouco do muito que nos foi revelado pelos debatedores.

FALA MONSENHOR JÚLIO LANCELLOTTI: A BOCA E A NECESSIDADE HUMANA DOS PRAZERES... OS VULNERABILIZADOS EM SITUAÇÃO DE RUA E A(S) DIALÉTICA(S) DO(S) PODER(ES)

Transcrição adaptada pela Profa. Márcia Pereira Alves dos Santos

As populações de rua estão em situação de vulnerabilidade, tendo o acesso vetado à saúde bucal. Aproximadamente 30 mil pessoas estão em situação de rua na cidade de São Paulo (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2019) e demandam por saúde bucal. Os Consultórios na Rua têm sido um espaço enorme de preservação e da garantia da saúde, especialmente neste momento, mas a saúde bucal ainda é muito negligenciada para esta população de rua.

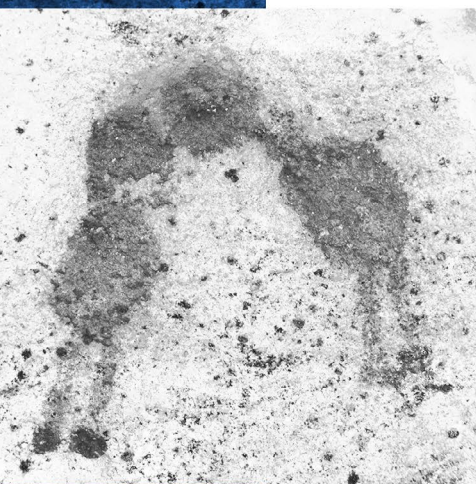
Uma demanda sentida na nossa Paróquia de São Miguel Arcanjo, no bairro da Mooca em São Paulo, por onde passam por dia cerca de 500 pessoas em situação de rua, é a falta da escova e creme dental. Isto mostra em alguma medida a incorporação do hábito de saúde bucal na rotina diária e ganha atenção porque um dos poucos prazeres que resta a esta população é o prazer de comer, de sentir o gosto, de poder mastigar. São frequentes as vezes em que esta única possibilidade de prazer está ameaçada pela dor. A dor de dente concretizada por inchaços decorrentes das negligências acumuladas por muitos anos de falta de acesso a cuidados odontológicos. Este público geralmente demonstra precária condição de saúde bucal decorrente desta provação pela negação do acesso.

Os consultórios odontológicos distribuídos na cidade de São Paulo viabilizam de certa forma algum atendimento a esta demanda. Porém, a condição de saúde bucal é muito prejudicada, com muitas dificuldades para tratamento odontológico em todos os níveis de atenção, com a existência de filas, com bastante morosidade, com limitações em relação a oferta de tratamentos, especialmente para aqueles usuários desdentados, sejam total ou parcialmente. Estas dificuldades prejudicam a mastigação e a deglutição. Enfim, a saúde como um todo desta população é penalizada com a falta de acesso a estes profissionais, sendo rara esta oferta. A população pobre e na rua tem raras oportunidades de ter acesso aos profissionais de saúde bucal. É comum que eles tenham sofrimento e, portanto, é comum que escondam a boca, em função da deterioração dos dentes.

Existem muitas questões que são emergentes.

No momento como este, da pandemia, a preocupação diária tem sido com o urgente, com a prevenção, com medidas de higiene das mãos, com a instalação de lavatórios em vários lugares. Há relatos de impossibilidade de tomar banho, de trocar de roupas. Por isso, além de lavar as mãos, há a necessidade de lavar os pés, de lavar o corpo. São situações muito desafiadoras e estas pessoas vivem em situação de abandono. Há pessoas dormindo em cemitérios, nas calçadas, em “centros de acolhida” mantidos pela prefeitura de São Paulo, em abrigos ou alojamentos infestados por insetos, que parecem pragas medievais. E fazendo alusão às pragas medievais, estas ainda parecem estar presentes e estão presentes para um grupo populacional mais pobre, abandonado, a quem o acesso às coisas básicas é negado. Não por acaso, ainda lhes é negado, acesso à água potável!

Parece estranho que em 2020, na cidade de São Paulo, uma das maiores cidades da América do Sul e do mundo, com altíssima concentração de riquezas, haja pessoas sem acesso a água potável, que não consigam ter roupas que não sejam usadas, acesso a produtos



de higiene pessoal como escova de dentes, creme dental, sabão para lavar as mãos ou ainda acesso a desinfetantes. Por iniciativa da nossa Paróquia com ajuda material de alguns parceiros, diariamente há entregas de máscaras e de álcool em gel. Mas, e nos demais períodos? Como isso é mantido? Como ter acesso a isso durante todo o tempo, o tempo todo, em uma perspectiva de direito social, direito à existência?

Em conversa com um médico da equipe de saúde soube que a alimentação partilhada diariamente pelas nossas iniciativas são fonte concreta para o fortalecimento de imunidade e enfrentamento do vírus frente à pandemia. Do contrário a fome aumentaria e agravaria a situação de vulnerabilidade para a doença, sem ter a comida, as pessoas em situação de rua ficam ainda mais fragilizadas.

Neste sentido é interessante destacar que, pelas manhãs, as pessoas em situação de rua abordadas por equipes de saúde dos Consultórios na Rua demonstram preocupação com o seu corpo ao serem questionadas se estão bem. Assim, fica claro que é importante para eles a preocupação com o estar bem. Portanto, chama muito a atenção, essa necessidade contínua, permanente, sistemática e acessível para que as pessoas possam ter o seu corpo cuidado. Ter o seu corpo cuidado é ter a existência cuidada. Um corpo que é cuidado e que tem a sua existência preservada tem afeto, tem energia, tem força para lutar, tem resiliência e tem coragem de enfrentar os desafios.

Por isso, uma das coisas que mais impressiona são as políticas de repressão e de violência que causam dor a essas pessoas. Acredito que nós não podemos causar deliberadamente dor no outro. Uma das dores mais sentidas é a dor nos dentes, é sentir dor na boca. É sentir este desconforto que é agudo e que faz doer a cabeça, o corpo como um todo. É o próprio abandono, é a falta de carinho, é a falta de atenção, não poder fazer as escolhas, não poder escolher o que gosta, não poder ter o que necessita, não poder ter só aquilo que se quer. A dor da falta de carinho. Esta população está duramente pauperizada e a pobreza no Brasil é uma forma de penalização.

Segundo relatório da OXFAM BRASIL (2020), o país se tornará o epicentro da fome. Esta visão pitoresca já retratada em obras de arte, documentos, no passado isolada em determinadas regiões, hoje ressurgue como desnutrição, como subnutrição, como abandono, como falta de cuidado e de carinho.

Durante uma celebração houve a associação da boca com a dimensão da vida ao afirmar que: “Quem tem boca tem direito de comer!” Sendo prontamente retrucado: Só de comer? “Não, de beijar também!”, como uma lógica real da boca com outros prazeres tão humanos.

A população em situação de rua sente falta de abraçar, porque ninguém os abraça. Falta de ficar perto, porque nunca ninguém quer ficar perto deles. Quem os abraça? Quem quer ficar perto deles? Um relato de acolhimento, seguido de um agradecimento, mostra como os caminhos da vida podem conduzir as pessoas a situações imprevisíveis. Após o relato de um homem em situação de rua, em que após sofrer um acidente de trabalho por uma descarga elétrica comprometendo seu braço esquerdo e perna direita, ambos amputados, foi agraciado com prótese inferior. Durante o agradecimento, ele relata que é eletricitista e que perdeu os membros por acidente de trabalho em uma descarga elétrica de 13.000 volts, e neste momento, mostra a marca no seu corpo. O homem se disponibiliza a retribuir, por meio de seus serviços, a solidariedade recebida. Só então, neste momento, após ter sido questionado, o homem diz o seu nome já que a prioridade burocrática do cuidado é superada pelo cuidado em si e, por isso, privilegiou-se saber/atender as dores do corpo à ficha de identificação.

O diário fotográfico desta pandemia de todos estes dias, mais de 120 dias de quarentena em São Paulo, tem oportunizado estar diariamente com estes irmãos para ler nos olhos deles, para ouvir a sua voz, para partilhar o pão, o carinho e o afeto e para que possamos ver os problemas de saúde a fim de socorrê-los de imediato. Olhamos a dor, nos olhamos, a necessidade do cuidado. As marcas do corpo. E a propósito, o nome do homem grato era Dimas.

QUEM NÃO TEM PODER QUER FICAR SEM TÊ-LO? QUAL É A DIALÉTICA ENTRE OS PODEROSOS, OS DESPROVIDOS DE PODER E SUAS INTENCIONALIDADES?

A questão do poder é muito complexa numa sociedade como a que nós vivemos, de meritocracia, classista, racista, homofóbica. Uma sociedade heteronormativa, opressiva, que veta o acesso. De que poder a gente está falando? Poder econômico, político, poder pessoal. Foucault (1999) discute essa questão do poder na perspectiva do macropoder e do micropoder. As pessoas que estão na rua absorvem e reproduzem os valores desta sociedade racista, classista, machista e homofóbica. As pessoas que estão na rua não são impermeáveis a isto. A população em situação de rua também se deixa atingir por fascistas e neofascistas. Por outro lado, há pessoas críticas. Procura-se vivenciar o poder de resistir, pressionar, denunciar e lutar. E a luta é muito desigual. Porque a população em situação de rua também é atingida pela Guarda Civil Metropolitana, pelas polícias militares e, ainda, pelos seguranças privados. Por conta disso, elas desenvolvem uma resiliência por um lado, mas por outro, também desenvolvem o sentimento do imediatismo.

Na verdade, este é um problema comum entre nós e se caracteriza pela falta de referência histórica. Nós perdemos muito a noção da história, nem sempre identificamos a relação causa-efeito dentro da história. Chegamos ao ponto em que chegamos não de repente; chegamos aqui porque ele foi construído. Beauvoir (1980) lembra que os opressores não deteriam tanto poder se não tivessem cúmplices entre os oprimidos. Há muita cumplicidade com esta ideologia dominante. A cabeça do oprimido é a melhor hospedagem do opressor, como foi relatado por Paulo Freire (1984).

Muitos dos oprimidos têm ideologia de opressor. Os negros pensam como os brancos, as mulheres pensam como homens, os pequenos pensam como os grandes e os de baixo pensam como os de cima. É estarrecedor que a mesma novela que é feita no Rio de Janeiro e que os cariocas assistem, os ribeirinhos também assistem, a internalizam e naturalizam essa realidade.

A realidade dura, nua e crua das comunidades, do aumento acelerado do feminicídio, do genocídio da juventude negra, do extermínio das populações ribeirinhas e indígenas. Sobre isto em particular, o governo brasileiro recebeu uma medida cautelar da Comissão Interamericana dos Direitos Humanos (2020) para proteger os Yanomami. E isto também se aplica a mim, no sentido de proteger as ameaças feitas a minha integridade (COMISSÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS, 2020). No entanto, esta proteção é débil, porque a minha atuação está associada à defesa dos povos da rua e se eles continuam a penalizar esses povos, eles não estão me protegendo.

Nós não vamos nos entender como povos brasileiros, sem os povos indígenas, sem que os quilombolas sejam defendidos e protegidos, sem que as culturas ancestrais sejam preservadas, enquanto as religiões de matrizes africanas foram discriminadas por preconceito e sofrerem por intolerância, perseguidas e atacadas, sem que se combata a dominação do fundamentalismo religioso a tal ponto que não consigamos respirar.

Estamos gritando!

Não estamos conseguindo respirar!

Estão nos asfixiando, penalizando os nossos jovens, desempregando o nosso povo, jogando o nosso povo na miséria, no desespero, na fome. A maioria dos presos está encarcerado por crimes contra o patrimônio. Esse pluralismo do subjetivismo, próprio do pós-

neoliberalismo, conceitua o subjetivismo como teoria que coloca o “eu” no centro do mundo, perde-se a referência do outro já que o único critério sou eu mesmo. Boff (1999) diz que não se pode ter o “eu” sem esquecer o “nós”. E nem o “nós” esquecendo-se do “eu”. Os dois pontos precisam ter equilíbrio. Já Dussel (1986) aponta a importância e a necessidade da ética comunitária. Assim, não me entendo sem os povos indígenas. Não me entendo sem a juventude negra, os quilombolas, e as culturas dos povos ancestrais, eu não me entendo sem a luta do povo sem-terra, sem respeitar os ateus e ter bastante coragem de dizer: a solidariedade não é uma dimensão da religiosidade. A solidariedade é uma dimensão humana, sendo o outro tão humano quanto eu.

COMO CONTINUAR RESPIRANDO?

Ao respirar no sentido de estar vivo e presente, com quem o senhor dialoga? Eu sinto que quando estou com o povo da rua, estou falando com Deus. Se você se encontrasse hoje com Deus, o que você gostaria de ouvir dele? Eu gostaria de ouvir: se você me viu, Eu estava ali na fila hoje. Deus se faz presente para aqueles que têm fé; e para aqueles que não têm fé, a vida está presente conosco e precisa ser preservada. Todos nós podemos lutar. E lutar com esperança. Que todos nos manifestemos contra a homofobia, contra o racismo, contra todas as ações que ferem e matam as nações indígenas; manifestar apoio aos povos palestinos, aos refugiados que estão passando por risco de vida. Todos nós temos que pressionar as chamadas “autoridades brasileiras” para que sejam visionárias e prezem pela alteridade. Isto é, que vejam os outros: os pequenos, os fracos, os empobrecidos e os que sofrem; que garantam acesso ao auxílio emergencial a todos, especialmente aos povos das ruas, aos indígenas, aos povos ciganos, enfim, a todos àqueles espalhados pelas ruas e pelas estradas. Finalizo, desejando paz a todos.

LINHAGEM

Eu sou descendente de Zumbi
 Zumbi é meu pai e meu guia
 Me envia mensagens do orum
 Meus dentes brilham na noite escura
 Afiados como o agadá de Ogum
 Eu sou descendente de Zumbi
 Sou bravo valente sou nobre
 Os gritos aflitos do negro
 Os gritos aflitos do pobre
 Os gritos aflitos de todos
 Os povos sofridos do mundo
 No meu peito desabrocham
 Em força em revolta
 Me empurram pra luta me comovem
 Eu sou descendente de Zumbi
 Zumbi é meu pai e meu guia
 Eu trago quilombos e vozes bravias dentro de mim
 Eu trago os duros punhos cerrados
 Cerrados como rochas
 Floridos como jardins.

Carlos de Assumpção

A BUCALIDADE NA DIMENSÃO SOCIAL

Márcia Pereira Alves dos Santos

Sob a égide do referencial teórico-conceitual, crítico-reflexivo da bucalidade (BOTAZZO, 2013), a dimensionalidade da saúde bucal

como marca social significa, a um só tempo, a *qualidade de certas relações sociais* nas quais a boca intervém ou vem a ser o dispositivo apropriado, além de significar o pertencimento ao campo do psiquismo e da cultura, ao mundo da subjetividade e da subjetivação da vida genérica, de homens e mulheres vivos em produção da própria existência (BOTAZZO, 2006). Não há dúvida quanto à recusa da separação boca-corpo ao mencionar as relações orgânicas e a unidade corpórea e a da boca-vida, imbricada aos processos sociais complexos dos quais resultam manifestações biológicas (higidez ou lesões) em indivíduos que vivenciam experiências de sanidade, dor e sofrimento únicas e singulares (BOTAZZO, 2013).

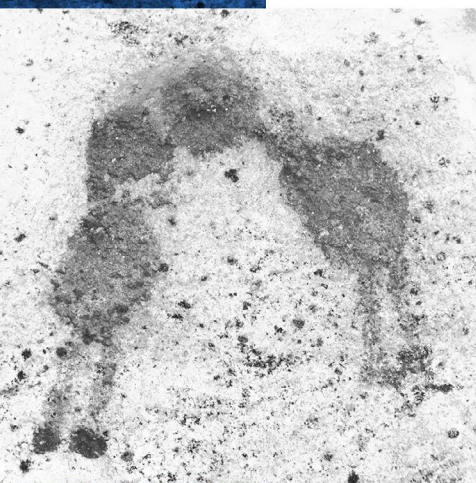
Portanto, tendo como premissa a bucalidade e assumindo o pressuposto da Saúde Bucal Coletiva como teoria e práxis para *desodontologizar*, é imperioso aproximar-se da norma-normalidade da saúde bucal como direito à saúde e, por conseguinte, à vida, face à inerente indissociabilidade entre ambas, o que significa dizer em outras palavras, a inequívoca conexão entre saúde bucal e direito humano (NARVAI, 2006). Logo, depreende-se que as desigualdades e vulnerabilidades que andam na boca do mundo são tipificações de violações de direitos humanos, seja pela negação do direito à saúde como práxis sistemática para grupos minoritários, ou ainda, seja pela assumida negligência compulsória deste direito a outros grupos, mesmo que majoritários, mas que paradoxalmente, no entanto, são desprovidos de poder. Neste contexto, *o racismo e outras formas de discriminação* operaram desde um passado remoto e continuam remodelando-se permanentemente na contemporaneidade, como instrumento/ferramenta do capitalismo (MBEMBE, 2014). Tais constatações são perceptíveis no Brasil e no mundo e podem ser mensuradas por meio de várias estratégias, especialmente no que tange a austeridade em termos de políticas públicas.

Assim, assumindo como indicador Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade por 100 mil habitantes, tanto global (IHME, 2020a), quanto nacionalmente (IHME, 2020b), os problemas bucais permanecem representativos, contabilizados em percentuais anuais cumulativos crescentes para a população em geral homens independentemente dos recortes etários em uma série histórica de mais de duas décadas e meia (1990-2017) (IHME, 2020a; IHME, 2020b). De sorte que adotando-se como parâmetro de estimação a condição bucal como um indicador de saúde e de qualidade de vida (SHEIHAM, 2005), isto sugere que a despeito dos grandes avanços e conquistas em relação às políticas públicas que versam sobre e transversalizam a temática saúde bucal, ainda existem demandas concretas e crescentes, tanto a nível mundial quanto nacional (IHME, 2020a, IHME, 2020b) e, portanto, refletir sobre os problemas de saúde bucal com a contextualização que a historicidade exige e, em consonância ao conceito de bucalidade, além de ser relevante, aplicado e pertinente, traz uma perspectiva de inovação, totalmente necessária à temporalidade conjectural atual, particularmente, pelo reconhecimento de que tais insolvências do passado oportunizam a discussão epistemológica da compreensão realística da saúde bucal como produção de vida ou de morte (falta de acesso e mutilações) e não apenas ter ou não ter doença bucal. Portanto, é pensar-agir na perspectiva da bucalidade, é pensar-agir a concretização da equidade.

Em contrapartida, tomando por base a formação societária brasileira, em que pese a qualidade das relações sociais fortemente atreladas a historicidade de organização fundante, ou seja, estrutural, pautada na escravização, mercantilização, subalternidade e descarte dos corpos negros, cabe o seguinte questionamento: Como esta bucalidade dialoga ou (não) com o direito humano sob a égide do pós-colonialismo?

RACISMO COMO GERADOR DE INIQUIDADES E VIOLADOR DOS DIREITOS HUMANOS: PERCEPÇÕES BUCALEIRAS

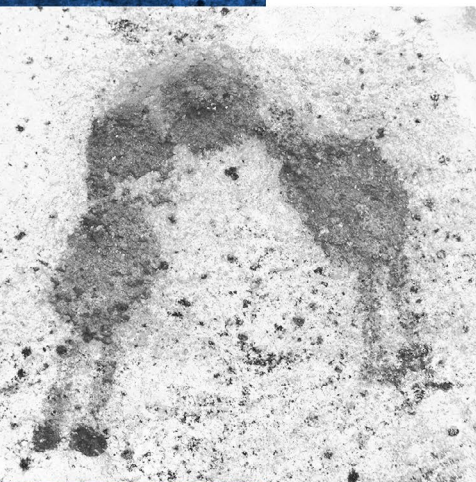
Historicamente o traslado forçado da mão de obra escravizada negra africana para as Américas, incluindo o Brasil, revela, à luz da bucalidade, o desalinho originário da concepção de saúde bucal como produção de vida, face à ruptura de todas as conexões, culturais, geográficas, sociais, econômicas, políticas, familiares, que o processo de desterritorialização (diáspora) produziu. Acrescenta-se a isto, ainda, a subjugação imposta entre àquelas “relações sociais” alicerçadas na supremacia racial para manutenção da dominação entre povos. Além disso, a condição de higidez bucal per si experimentada e vivida pelos corpos escravizados, paradoxalmente, pode ter contribuído como caminho antecipado para a morte, por ter a saúde bucal como condicionalidade de avaliação, de valoração e, portanto, de maior precificação daquele corpo-objeto mercantilizado, que ora fora comercializado com maior prontidão. Isto significa dizer que a bucalidade expressada na Figura 1 representa a antítese-dialética simbólica desta reflexão, uma vez que a higidez da saúde bucal como produção da vida sucumbira em um corpo mortificado, em função de relações coloniais espúrias. Estas ainda perenes nos tempos atuais e sentidas pelo recrudescimento de muitos indicadores que se referem às condições de vida, de adoecimento e de morte (IBGE, 2019a; IBGE, 2019b). Portanto, a escravização dos corpos negros em um passado não tão remoto repercute nesta contemporaneidade e, em parte, explica o racismo no epicentro da geração de privações e restrições, culminando nas iniquidades em saúde (GEE, 2016), entre estas, em saúde bucal. O racismo atua como determinante social produtor de iniquidades em saúde (GEE, 2016). Sendo assim, uma sociedade pautada em relações sociais racistas representa uma barreira à bucalidade, com desdobramentos mais sentidos pela população



negra, esta majoritariamente usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e dependente das políticas públicas sociais. O racismo se constitui como violador da bucalidade como marca social. Configura-se como violadora de direitos e, portanto, da democracia. Ser antirracista é defender a vida, é defender a democracia...É ser bucaleiro!

No Brasil, a população negra é marcadamente impactada pelo racismo em sua multidimensionalidade categorizada em: pessoal, interpessoal e institucional (WERNECK, 2016), sendo esta última dimensão caracterizada pela inacessibilidade ou limitação de acesso às políticas públicas de qualidade, na perspectiva material e também pelo menor acesso ao poder, fruto do menor acesso à informação, menor participação e controle social e escassez de recursos, ainda que Almeida (2019) enfatize que inexoravelmente o racismo seja estrutural, visto que *estrutura as relações sociais* pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo social ou étnico em uma posição melhor em detrimento de outro (ALMEIDA, 2019) ao distribuir de forma diferenciada entre os grupos, as oportunidades e recursos sociais valorizados (WILLIAMS, 2004). O racismo perpetua-se como um propulsor da exclusão, do conflito, de restrição e da privação em todo o mundo (WILLIAMS; PRIEST, 2015).

Esta contextualização é ponto de partida para a compreensão, análise e avaliação sobre as desigualdades e vulnerabilidades em saúde bucal na população brasileira já que não é redundante lembrar que a maioria da população brasileira é autodeclarada negra (IBGE, 2019a). No entanto, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD 2012-2018), o rendimento mensal domiciliar per capita médio para a população branca foi 50% a mais que para a população negra ao longo de toda a série histórica. Além disso, ao considerar especificamente o ano de 2018, houve proporcionalmente uma quantidade de mais pretos/as e pardos/as em ocupações informais do que os brancos/as (IBGE, 2019a). Portanto,



fica explicitado que, a despeito de um discurso falacioso para justificar as desigualdades por ordem socioeconômica, fica patente que as desigualdades socioeconômicas são *explicadas* pela *raça/cor*, sendo os *motivos raciais*, um fator determinante para a vulnerabilização deste grupo específico, qual seja, a população negra (IBGE, 2019a).

Daí advém a relevância da informação *raça/cor* como marcador nos diferentes instrumentos e sistemas de informação, de gestão, de produção de cuidado e conhecimento, à medida que inquestionavelmente subsidia análises qualitativas e/ou quantitativas que visam a elaboração e, ou mesmo, melhorias das políticas públicas, além de permitir compreender o panorama situacional realístico sobre o modo de produção de vida, de adoecimento e de morte das pessoas nos territórios, nas regiões e no país (BATISTA; BARROS, 2016). Por isso, considerando que a tomada de decisão se baseia em informação qualificada e em tempo oportuno, a falta de preenchimento, ou ainda, a ignorância ou omissão para o quesito *raça/cor* pode ser interpretado como a manifestação da subjetividade do racismo institucional (SANTOS *et al.*, 2020).

A saúde mais precária desses grupos étnico-raciais vulnerabilizados, registra-se no surgimento precoce de enfermidades, na maior gravidade e progressão das doenças, nos altos índices de comorbidades e de incapacitações no decurso da vida, além de elevados índices de mortalidade (WILLIAMS; PRIEST, 2015). Grupos étnico-raciais socialmente estigmatizados também enfrentam déficits de acesso a serviços de saúde e de qualidade da atenção à saúde (BATISTA; BARROS, 2016), inclusive na saúde bucal, corroborando para as iniquidades raciais em saúde (GUIOTOKU *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2012).

Estudos evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil para todos os indicadores analisados. A saber, cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese, *com maior vulnerabilidade da população negra* (pretos e pardos) em relação aos brancos

(GUIOTOKU et al., 2012). Neste estudo vale ressaltar que ao se observar a média de perdas dentárias para a população preta em relação à população branca, a população preta apresentou a mesma média de perdas dentárias do que a população branca ainda que estivesse numericamente *sub-representada* em aproximadamente 20% da população branca. Acrescenta-se que para o *idoso negro* é mais difícil ter assegurado o acesso aos serviços de saúde bucal que para os idosos não negros, sendo isto ajustado por sexo, idade, necessidade de prótese, dor, renda e escolaridade (SOUZA et al., 2012). Isto conota as violências cotidianas, expressas nas mutilações, ou ainda, na falta de acesso aos serviços odontológicos e, em certa medida, decorrem da objetificação do corpo negro e do seu descarte (MBEMBE, 2014). A perda dentária é um indicador de qualidade de vida. Tais circunstâncias podem comprometer os Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade, como visto previamente. Por outro lado, a cor da pele do paciente parece influenciar não só a escolha do tratamento do dentista (CHISINI et al., 2019) mas, também, o comportamento menos respeitoso e com menos autonomia (CÂNDIDO et al., 2019). Em geral, os pacientes negros recebem referências por preços mais baratos e procedimentos mais simples (CHISINI et al., 2019), ao mesmo tempo em que foram mais responsabilizados por falhas no tratamento, quando comparados a seus pares brancos (CÂNDIDO et al., 2019). Isto demonstra a necessidade de pautar a formação profissional em uma perspectiva decolonial (FANON, 2005), uma vez que a superação do racismo aqui se articula com a descolonização – a “descolonização das mentes”, o que significa uma transcendência do racismo, do comportamento expresso nas relações individuais para uma estrutura social que reifica o pensamento colonizador. E, assim, a construção de um verdadeiro humanismo só se daria com o fim da exploração do ser humano pelo outro ser humano, ou seja, com o fim de todas as hierarquias na direção da construção de uma sociedade mais equânime (FANON, 2005).



Figura 1. Escravizada na África, Bakhita não resistiu à travessia do Atlântico e foi enviada ao Cemitério dos Pretos Novos.



Fotografia por Felipe Abreu.

MOTIVAÇÕES E DESAFIOS PARA A SAÚDE BUCAL COLETIVA

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019b) apontam que a população negra representa parcela significativa de comunidades tradicionais, quilombolas, ribeirinhas, de pescadores artesanais, dos que vivem em situação de rua, das pessoas privadas de liberdade, das que vivem na extrema pobreza e em domicílios que não respondem aos padrões de habitabilidade, que não contam com abastecimento de água e/ou esgotamento sanitário como nas favelas, daqueles que apresentam menores rendimentos ou sobrevivem da informalidade; dos que dependem do lixo de natureza reciclável ou

não; das empregadas domésticas; cuidadoras de idosos, dos idosos negros, dos que estão em situação de insegurança alimentar; que têm dificuldades de acesso à serviços e equipamentos de saúde, assistência social e educação (IBGE, 2019b). É possível que indivíduos conscientemente comprometidos com valores igualitários guardem, frequentemente de modo inconsciente, estereótipos negativos sobre grupos estigmatizados, viés implícito.

Sendo assim, pautar questões étnico-raciais e de outras minorias, e ainda viabilizar o recorte analítico, estratificado, para todos os grupos específicos, legitima a busca da equidade. Da mesma forma, influenciar na formação e qualificação de pessoas nas perspectivas étnico-raciais, bem como nas intersecções de gênero, classe, utilizando e (inter) agindo com as tecnologias, o mundo tecnológico, a comunicação e a informação em saúde e para a saúde são fundamentais para demolição do racismo, ao mesmo tempo em que pode contribuir para a recondução de um caminho-percurso vivo, florido e sustentável, qual seja o caminho da bucalidade.

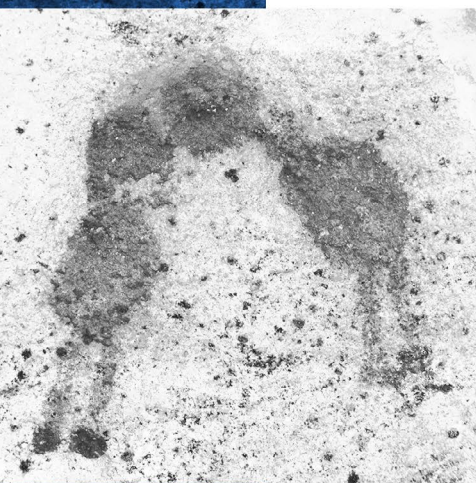
DA REDUÇÃO DE DESIGUALDADES SOCIAIS E ÉTNICO-RACIAIS

Roger Keller Celeste

Espera-se que gestores em saúde tenham sempre um duplo objetivo: melhorar a saúde geral da população e reduzir as desigualdades. Esses são dois importantes objetivos, porque não faz sentido reduzir desigualdades piorando a saúde de um grupo que possui boa saúde. No entanto, a proposta de equidade é que a melhora na saúde geral seja fruto da melhoria nos níveis de saúde dos grupos que possuem piores indicadores de saúde. Assim, o constante

monitoramento de níveis gerais de saúde e de indicadores de equidade são fundamentais ações da vigilância em saúde, algo relativamente bem descrito e discutido na literatura (KEPPEL *et al.*, 2005; PEARCY; KEPPEL, 2002). Uma tarefa geralmente de cunho descritivo e pouco valorizada do ponto de vista acadêmico. Infelizmente, há falta de monitoramento de indicadores adequados de equidade. Quando muito, os gestores tendem a relatar indicadores gerais de saúde como taxas de mortalidade geral por subgrupo populacional.

Dentre as várias dimensões de desigualdades há algumas que são injustas e chamamos de iniquidades. Pode-se salientar as iniquidades mais descritas na saúde bucal, como as desigualdades sociais (CELESTE; NADANOVSKY; FRITZELL, 2011; PETERSEN, 1990) e étnico-raciais (BASTOS *et al.*, 2011; BASTOS; CELESTE; PARADIES, 2018; CELESTE *et al.*, 2013). A fluidez das desigualdades pode ser percebida no recorte histórico, em que crianças brancas apresentavam maior prevalência de cárie dentária do que não brancos em 1967 (DE SOUZA *et al.*, 1967). Inversão similar é também descrita em termos de classe social (CHEN, 1995). Isso não significa que há uma mudança aleatória ou que, no exemplo de desigualdades raciais, que os brancos seriam um grupo vulnerável ou de alto risco. Tais observações mostram o acesso a recursos sociais como alimentação cariogênica, reflexo de uma matriz de poder sobre esses recursos que são negados a determinados grupos sociais. Nessa perspectiva, classe e raça enquanto proxy para a distribuição de poder são consideradas causa fundamental de saúde e doença (LINK; PHELAN, 1995). Entretanto, em relação à raça e há fortes argumentos para que as diferenças étnico-raciais sejam vistas como fruto de racismo sistêmico, interpessoal ou estrutural (PHELAN; LINK, 2015) e não questões biológicas eventualmente trazidas como explicações. Uma ideia bastante difundida dentre teóricos das desigualdades raciais é que o uso de variáveis como grupo étnico/racial tenha seu papel explicativo adequadamente descrito e que a discriminação racial seja



considerada uma das explicações (KAPLAN; BENNETT, 2003). De fato, recente publicação em saúde bucal argumenta que o racismo é um evento eticamente condenável e não é necessário que exista associação com saúde bucal para que os dentistas e pesquisadores tenham uma abordagem antirracista na sua prática diária e em suas publicações (BASTOS et al., 2020).

Estratégias para enfrentamento e redução de desigualdades são um tema recente e ainda em desenvolvimento e, de forma recorrente, a discussão situa-se entre estratégias *upstream* e/ou *downstream* (GEHLERT et al., 2008; GRAHAM; KELLY, 2004; LORENC et al., 2013). Em saúde bucal, o tema mais abordado tem sido a possibilidade de estratégias universais, como a fluoretação, de promoverem justiça social (BURT, 2002), bem como o papel do Estado como provedor de bem-estar social através de políticas amplas (AGUIAR; PATTUSSI; CELESTE, 2017; GUARNIZO-HERRENO et al., 2014). As evidências, entretanto, parecem não ser conclusivas se alguma estratégia preventiva é mais eficaz para reduzir desigualdades e mais estudos são bem-vindos. As conclusões até o momento apontam que ações estruturais teriam maior capacidade de redução das desigualdades, em comparação a ações que necessitem mudança individuais e voluntárias no comportamento das pessoas (LORENC et al., 2013).

Entende-se que as estratégias universais estão alicerçadas em direitos humanos (ROSE, 1992) e deveriam ser providas a todos, sem absolutamente qualquer distinção. Estratégias focalizadoras, voltadas a grupos específicos, seriam necessárias quando os dois objetivos acima descritos (melhoria geral da saúde e redução de iniquidades) não fossem observados. Há uma falsa armadilha em polarizar esse campo de discussão, usando estratégias focalizadoras como substitutivas a estratégias universais, quando elas podem e devem ser complementares. Geralmente o argumento em favor de políticas focalizadoras recai na falta de recursos, com necessidade

de priorização de grupos específicos. O cenário político de recessão econômica e restrição de gastos é geralmente um apoio para tais argumentos, especialmente porque políticas universais tendem a ser mais caras e com efeitos de longo prazo. Entretanto, as políticas de cunho social tendem a ser amplas e múltiplas, atacando questões estruturais que geram as iniquidades. As dificuldades de implementação e resultados em longo prazo levam muitos a apoiarem políticas mais restritas. No Brasil há uma falsa impressão de universalidade na distribuição de recursos sociais, incluindo o SUS, e uma cultura histórica de opressão contra grupos vulneráveis (“underpowered”), que levam a políticas universais incompletas (não universais) e a provisão de políticas focalizadoras típicas de um estado mínimo com políticas residuais. Há a falácia de promover políticas «universais» mas que são subfinanciadas e não garantem acesso igualitário a direitos humanos considerados universais; e isso tem sido o modelo hegemônico historicamente. Temos que cobrar dos gestores por ações duplas (universais e focalizadoras) com permanente monitoramento de indicadores de equidade. Isso talvez leve a ações estruturais que possam mudar políticas que atualmente promovem a desigualdade, a discriminação de vários segmentos sociais e o racismo estrutural, seja por ação inadequada ou por inércia de ações.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. R. R.; PATTUSSI, M. P. P.; CELESTE, R. K. K. The role of municipal public policies in oral health socioeconomic inequalities in Brazil: A multilevel study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s. l.], v. 46, p. 1–6, abr. 2017.
- ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Editora Polên Livros, 2019.
- ALVES, A. F. C. *O Navio Negreiro*. 1883. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000074.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.
- BASTOS, J. L. *et al.* Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil : a systematic review of the literature between 1999

and 2008. *Cad. Saúde Pública*, [s. l.], v. 27, n. supl. .2, p. S141–S153, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400003>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; PARADIES, Y. C. Racial Inequalities in Oral Health. *Journal of Dental Research*, [s. l.], v. 97, n. 8, p. 878–886, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034518768536>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BASTOS, João L. *et al.* Advancing racial equity in oral health (research): more of the same is not enough. *European journal of oral sciences*, [s. l.], v. 128, n. 6, p. 459–466, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eos.12737>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 13, e00090516, mai. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090516>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/81/enfrentando-o-racismo-nos-servicos-de-saude>. Acesso em: 26 set. 2020.

BEAUVOIR, S. *O Segundo sexo - fatos e mitos*. 4 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.

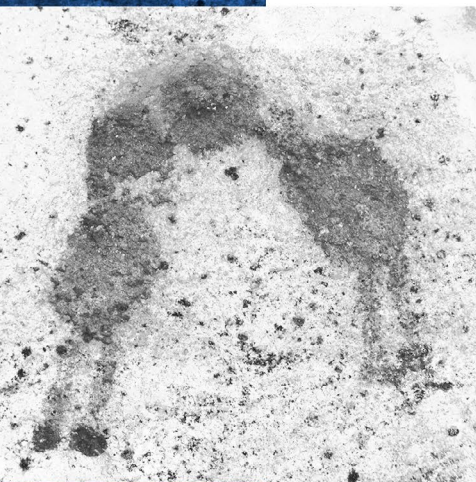
BOTAZZO C. Bucalidade. *PRO-odonto prevenção*. v. 6, n. 4, p. 9-55. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277708914_Bucalidade. Acesso em: 25 set. 2020.

BOTAZZO C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.

BURT, B. A. Fluoridation and social equity. *J Public Health Dent*, [s. l.], v. 62, n. 4, p. 195–200, 2002. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12474623. Acesso em: 27 abr. 2021.

CELESTE, R. K. *et al.* The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: The Pro-Saúde study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 509–516, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12051>.

CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P.; FRITZELL, J. Trends in socioeconomic disparities in oral health in Brazil and Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 204–212, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00585.x>. Acesso em: 30 ago. 2014.



CHEN, M. Oral health of disadvantaged populations. In: COHEN, L.; GIFT, H. *Disease prevention and oral health promotion: socio-dental sciences in action*. Copenhagen: Munksgaard, 1995.

CHISINI, L. A.; NORONHA, T. G.; RAMOS, E. C.; DOS SANTOS-JUNIOR, R. B.; SAMPAIO, K. H.; FARIA-E-SILVA, A. L. et al. Does the skin color of patients influence the treatment decision-making of dentists? A randomized questionnaire-based study. *Clin Oral Invest.* v. 23, n. 3, p. 1023-1030, 2019.

COMISSÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS. *Resolução 11/2019. Medida Cautelar No. 1450-18. Julio Renato Lancellotti e Daniel Guerra Feitosa em relação ao Brasil. 08 de março de 2019*. Organização dos Estados Americanos, 2019. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2019/11-19MC1450-18-BR-pt.pdf> Acesso em: 2 fev. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS. *Resolução 35/2020. Medida Cautelar No. 563-20. Membros dos Povos Indígenas Yanomami e Ye'kwana em relação ao Brasil. 17 de julho de 2020*. Organização dos Estados Americanos, 2020. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2020/35-20MC563-20-BR-PT.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

DE ASSUMPÇÃO, C. LINHAGEM. Disponível em <https://www.recantodasletras.com.br/cronicas/3320315>. Acesso em: 25 set. 2020.

DE SOUZA, J. M. *et al.* Prevalence of dental caries in the white and non-white. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 38-43, 1967. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=5603523. Acesso em: 27 abr. 2021.

DUSSEL, E. *Ética comunitária*. Petrópolis: Vozes, 1986.

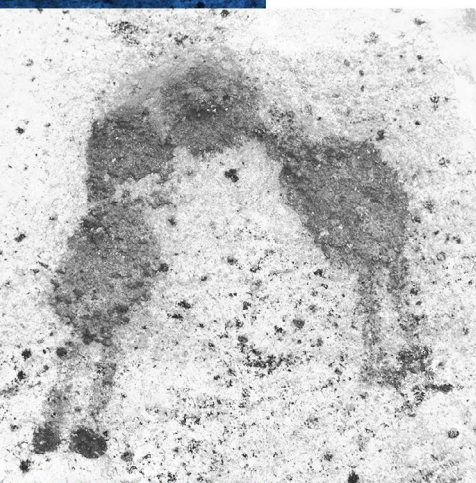
FANON, F. *Os condenados da terra*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GEE, G. C. *Racism as a Social Determinant of Health Inequities. Leveraging the Social Determinants to Build a Culture of Health* June 1 – 2, 2016 | Philadelphia, PA. PP:1-11. Disponível em <https://healthequity.globalpolicysolutions.org/wp-content/uploads/2016/12/RacismasSDOH.pdf>. Acesso em: 25 set. 2020.

GEHLERT, S. *et al.* Targeting health disparities: A model linking upstream determinants to downstream interventions. *Health Affairs*, [s. l.], v. 27, n.



2, p. 339–349, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.339>. Acesso em: 27 abr. 2021.

GRAHAM, H.; KELLY, M. P. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. National Health Services, Health Development Agency. [S. l.: s. n.], 2004.

GUARNIZO-HERRENO, C. C. *et al.* Inequalities in oral impacts and welfare regimes: analysis of 21 European countries. *Community Dent Oral Epidemiol*, [s. l.], v. 42, p. 517–525, 2014.

GUIOTOKU, S. K.; MOYSÉS S. T.; MOYSÉS S. J.; FRANÇA, B. H. S.; BISINELLI J. C. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*. v. 31, n. 2, p. 135-41, 2012.

IBGE. Informativo IBGE sobre Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. *Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica*, n. 41, nov., 2019b.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019. *Estudos e pesquisas*. Informação demográfica e socioeconômica. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: 2019c.

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease (GBD 2017). *Days – Global*. Dados Epidemiológicos. Disponível em: <http://vizub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 25 set. 2020.

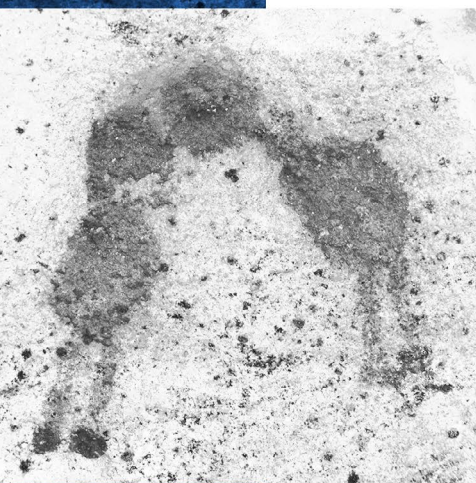
IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden Disease (GBD 2017). *Days – Global*. Dados Epidemiológicos. Disponível em: <http://vizub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 25 set. 2020.

KAPLAN, J. B.; BENNETT, T. Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *Journal of the American Medical Association*, [s. l.], v. 289, n. 20, p. 2709–2716, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.289.20.2709>. Acesso em: 27 abr. 2021.

KEPPEL, K. G. *et al.* Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Stat. Serie 2*, [s. l.], n. 141, p. 1–16, 2005.

LINK, B. G.; PHELAN, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*, [s. l.], v. Spec No, p. 80–94, 1995. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=7560851. Acesso em: 27 abr. 2021.

LORENC, T. *et al.* What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews: Table 1. *Journal of Epidemiology and Community*



Health, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 190–193, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>.

MBEMBE, A. *Crítica da razão negra*. Tradução de Marta Lança. Lisboa: Antígona, 2014.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-21, Mar. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

OXFAM BRASIL. *O Vírus da Fome: como o coronavírus está aumentando a fome em um mundo faminto*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://d2v21prk53tg5m.cloudfront.net/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Virus-da-Fome-embargado-FINAL-1.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2021.

PEARCY, J. N.; KEPPEL, K. G. A summary measure of health disparity. *Public Health Rep*, [s. l.], v. 117, n. 3, p. 273–280, 2002.

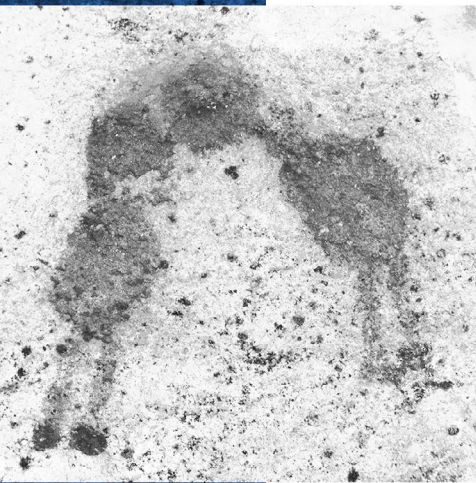
PETERSEN, P. E. Social inequalities in dental health. Towards a theoretical explanation. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 153–158, 1990. Disponível em: <http://queens.ezp1.qub.ac.uk/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med3&AN=2350952%5Cnhttp://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:2350952&id=doi:&issn=0301-5661&isbn=&volume=18&issue=3&spage=153&da>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annual Review of Sociology*, [s. l.], v. 41, p. 311–330, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>. Acesso em: 27 abr. 2021.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Pesquisa censitária da população em situação de rua*. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.

SANTOS, M. P. A. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, Aug. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.



SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 83, n. 9, p. 641-720, set. 2005. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/>. Acesso em: 25 abr. 2020.

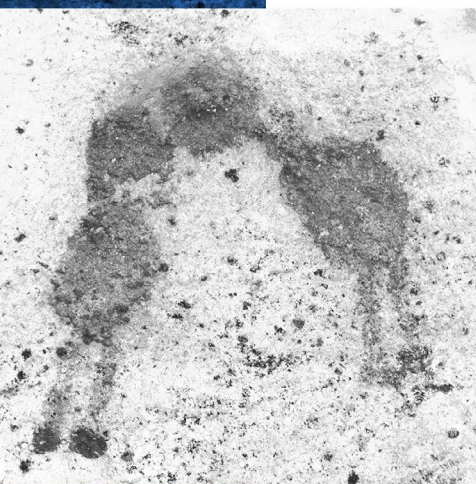
SOUZA, E. H. A. *et al.* Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2063-2070, ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

VILELA, M. Quem foi Bakhita? Restos mortais de escrava africana evocam a triste memória do holocausto negro no Brasil. *National Geographic Brasil*. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/historia/2018/11/bakhita-cemiterio-pretos-novos-cais-do-valongo-arqueologia-escravidao>. Acesso em: 25 set. 2020.

WERNECK, J. Racismo Institucional e a Saúde da população Negra. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R. Racism and Health. In: WHITFIELD, K. E. Closing the Gap: Improving the Health of Minority Elders in the New Millennium. Washington, D. C.: *Gerontological Society of America*, p. 69-80, 2004.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 17, v. 40, p. 124-174, set./dez., 2015.



7

Celso Zilbovicius

Danielle Tupinambá Emmi

José Ivo dos Santos Pedrosa

Luciane Maria Pezzato

Luiz Roberto Augusto Noro

AS FORMAÇÕES (Im)POSSÍVEIS NO SUS: O ON-LINE NOS RESSIGNIFICANDO E APROXIMANDO

APRESENTAÇÃO

Celso Zilbovicius

Formar estudantes das áreas da saúde para uma realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um desafio permanente nas diversas Instituições de Ensino Superior (IES), tanto no nível de graduação como na pós-graduação bem como para o próprio SUS, na sua Política de Educação Permanente, ao acolher profissionais que chegam para o trabalho sem o conhecimento necessário da proposta de cuidado que o mesmo se propõe.

A perspectiva de ensinar conceitos fundamentais de saúde coletiva incluindo as políticas públicas de saúde e as estratégias pedagógicas que convidam o aluno a refletir acerca de necessidades básicas de saúde da população, todos estes presentes nos textos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde aprovados no início dos anos 2000, ainda encontram resistência não somente de docentes tradicionais que estão concentrados no ensino de clínica, mas de muitos alunos que veem no adestramento técnico e terapêutico o eixo quase que exclusivo de sua formação de saúde.

Numa realidade de pandemia que assola o mundo, neste ano de 2020, estes desafios não se tornaram menores na medida em que o ensino se tornou remoto e muitas modalidades de integração ensino-serviço-comunidade se tornaram mais difíceis em tempos de quarentena. O propósito pedagógico de propiciar ao aluno experiências extramuros, para que desenvolvesse um diálogo individual e coletivo com o ambiente e a realidade de trabalho do SUS, tornou-se quase impossível e todos tiveram que adaptar suas estratégias de ensino para uma abordagem à distância e com uso de tecnologias, mas sem perder de vista uma formação em saúde com perspectiva ampliada, voltada ao SUS e ao processo saúde-doença-cuidado das populações e suas vulnerabilidades e necessidades.

Foi neste cenário desafiador que o Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) promoveu o encontro à distância para debater estas questões de educação e o SUS nesses tempos de mudanças no cenário educacional e sanitário.

Os debatedores, professores de diferentes cursos da área da saúde de importantes IES do país e com grande experiência na área de ensino e saúde coletiva construíram, virtualmente juntos e fisicamente separados, um importante momento de reflexão e construção de ideias acerca de suas experiências, bem como sobre perspectivas futuras. Neste ensaio apresentamos na sequência e de forma sintética as reflexões de cada expositor durante o evento, com o intuito de preservar a memória do evento, bem como propiciar a continuidade das importantes reflexões apresentadas e debatidas no encontro.

O primeiro expositor foi o Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, que é professor titular em saúde coletiva, da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPA), coordenou a Área de Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde, Brasil, de 2003 a 2010, e o curso de graduação em medicina, no Campus Ministro Reis Velloso da Universidade Federal do Piauí (UFPI), em Parnaíba, Piauí. O professor José Ivo abordou questões da formação em saúde, a partir de conceitos tanto da educação popular em saúde, bem como de sua experiência de organização e coordenação de um curso de medicina, tomando como base as Diretrizes Curriculares Nacionais e abordando conceitos de práticas colaborativas e interdisciplinaridade.

A segunda exposição ficou a cargo da Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato, que atualmente é Professora Adjunta na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus da Baixada Santista, do departamento de Saúde, Clínica e Instituições. A Profa. Luciane apresentou importantes vivências da formação interprofissional em saúde no Instituto Saúde e Sociedade (ISS), onde coordena um eixo comum, interdisciplinar, denominado de Eixo Trabalho em Saúde.

Na sequência do encontro, a Profa. Dra. Danielle Tupinambá Emmi, professora de odontologia em Saúde Coletiva e atual diretora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-U-FPA), apresentou as modalidades de integração ensino-serviço-comunidade de sua faculdade, incluindo estágios extramuros multidisciplinares e programas de apoio do Ministério da Saúde, como o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

Para concluir as apresentações, o Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro, coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e professor do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) compartilhou importantes reflexões sobre as perspectivas e os desafios da formação da saúde numa realidade de ameaças ao próprio SUS, mas ao mesmo tempo destacou os importantes avanços do ensino da saúde coletiva nos cursos de odontologia após a adoção das DCN para a área.

OS SENTIDOS DAS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: UM TEMA PARA REFLEXÃO

José Ivo dos Santos Pedrosa

Chego nesta roda de conversa com grande alegria e o prazer de estarmos aqui juntos, conversando sobre nossas trajetórias nas trilhas da saúde coletiva. Chego trazendo na bagagem experiências e acúmulos nas quais destaco três momentos que de certa forma foram muito impactantes em minha vida. O primeiro é o fato de ter participado no final dos anos 1970 do mestrado em saúde comunitária da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde me formei, e neste mestrado éramos um grupo que, à época, discutíamos as diretrizes gerais do que viria a ser a saúde coletiva. Discutíamos a questão da desigual distribuição da doença na população que se fazia, segundo as classes sociais, a produção e a distribuição dos serviços de saúde e o direito à saúde.

O segundo foi ter participado no Ministério da Saúde, de 2003 a 2010, período em que se inicia o processo de institucionalização da educação popular, que resultou na articulação com os movimentos sociais e culminou na formulação da Política Nacional de Educação Popular e Saúde e o terceiro momento é que acontece agora, como membro do GT de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), onde sou vice-presidente.

Estes momentos/marcos de minha trajetória política e profissional me trouxeram até aqui para conversar sobre este tema tão impertinente, que é a formação de profissionais de saúde, tema que sempre volta de forma recorrente às nossas preocupações.

E outro importante momento que ainda vivencio é o fato de ser docente, médico, doutor em saúde coletiva e a experiência de ter implantado um curso de graduação em medicina na Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), no âmbito do Programa Mais Médicos, que implantou cursos novos de medicina em regiões e localidades estratégicas diante dos vazios assistenciais que revelavam as desigualdades regionais de acesso ao sistema de saúde, orientado segundo as Diretrizes Curriculares para Medicina, que preconizam um perfil de profissional adequado às necessidades sociais da população, a responsabilidade social das universidades sobre o território no qual se insere o curso, promovendo a integração, ensino, serviço e comunidade por meio dos Contratos de Ação Pública para Integração Ensino e Serviço (COAPES), tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço de aprendizagem.

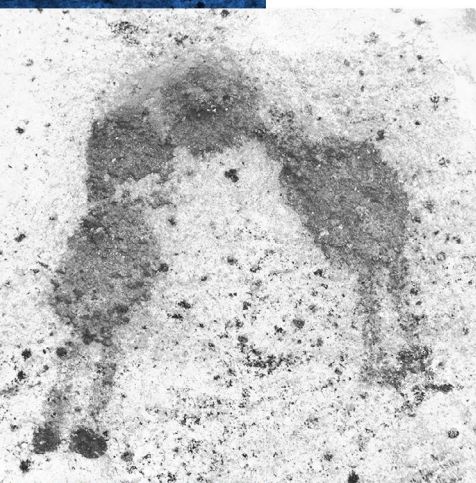
Mas falando de possibilidades diante do impossível, a gente tem vivido nos últimos tempos, não somente no Brasil, mas em escala mundial, várias mudanças nos processos de formação em saúde, não somente nos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, mas em todo o campo da saúde. Mudanças que certamente contribuiriam para que hoje estivéssemos aqui discutindo este tema de forma mais aberta. E digo aberta, porque estas mudanças, que chamarei aqui de

projetos mundancistas, se caracterizam algumas vezes por mudanças na estrutura curricular com a inclusão de uma disciplina inovadora, introdução de metodologias ativas, etc. Outras vezes as mudanças estão explícitas em documentos oficiais como as DCN e a Lei do Mais Médicos, por exemplo, que trazem elementos que têm contribuído para que a formação em saúde caminhe em outra direção.

E, nesse contexto, surge a primeira reflexão. Estas mudanças todas têm tido um caráter muito pontual, localizadas ainda no plano do dever, focalizadas como já falei, em disciplinas inovadoras, projetos de extensão de base comunitária, etc, dando-lhes o caráter de uma mudança que interessa mais às instituições que uma mudança que tenha sido desejada, negociada e vivenciada pelos sujeitos a quem tais mudanças dizem respeito. Passa a impressão de que os sujeitos do processo ensino e aprendizagem quando não participam e não são consultados continuam passivos esperando o que vai acontecer.

Para ajudar nessa reflexão tomo a Educação Popular e Saúde a qual podemos conceituar rasteiramente como modo de fazer e pensar a saúde numa perspectiva que considera o saber do outro para conduzir o nosso saber, ao invés do nosso saber esquadrihar, definir e rotular outros saberes. É a educação popular assentada nos princípios básicos da pedagogia problematizadora iniciada por Paulo Freire, construída desde Angicos, alfabetizando a população rural, que serve de referência para o processo complexo e polissêmico de educação na saúde (FREIRE, 1967).

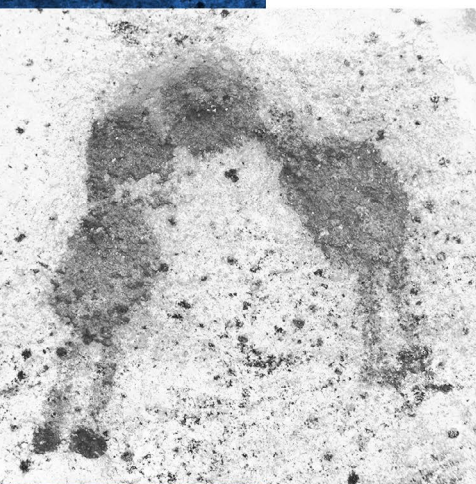
Assim a gente recupera os princípios básicos da educação popular como o diálogo, a concepção de que o outro com quem a gente se relaciona tem um saber que deve ser respeitado mesmo que ingênuo, a reflexão crítica sobre os acontecimentos que aparentemente nos chegam como naturais ou que a gente naturaliza. Tenho um caso interessante: numa pesquisa sobre cemitérios clandestinos aqui em Teresina (PI), identificamos 80 cemitérios clandestinos, na maioria, cemitérios dos “anjinhos”, crianças que morrem antes de um ano de



idade, geralmente em decorrência das péssimas condições de vida. Ao conversar com a comunidade, a explicação era que “melhor morrer anjo e ir para o céu que viver aqui neste vale de lágrimas”. A morte precoce e evitável era concebida como natural e essas crianças não tinham certidão de nascimento assim como não tinham certidão de óbito, ou seja, não existiram. Outro ponto é o compartilhamento de saberes, principalmente entre profissionais de saúde e usuário em que a relação é mediada por um poder que emana do profissional que tende a não escutar o outro. E este é um ponto fundamental para se pensar sobre o processo de trabalho em saúde, que tem que deixar de ser mecanizado, prática que existe entre seres humanos repletos de subjetividade.

Um outro princípio fundamental é a intencionalidade que difere da “domesticação” da população ao nosso modo de ser, que nós, do lado de cá, embasados em conhecimento científico, achamos que é viver saudável. A intencionalidade da educação popular e saúde é superar as situações limite, ou seja, qualquer situação que oprima as pessoas e afete o modo de viver como as doenças, a ameaça de doenças, o sofrimento, o medo, a exclusão, ou qualquer situação que limite viver a vida com plenitude.

Nesta perspectiva, a Educação Popular e Saúde tenta superar a imagem da educação em saúde clássica junto às doenças transmissíveis, como mais um instrumento para prevenção das doenças. Aqui é interessante notar que a saúde bucal pública teve grande visibilidade com o uso do flúor nos dentifrícios, a orientação da escovação e a fluoretação da água na prevenção da cárie dental infantil, tirando a odontologia de seu nicho restaurador, trazendo a odontologia para a vida cotidiana e para um plano no qual se colocam outros profissionais de saúde. Isso certamente contribui para que hoje, ao pensarmos numa formação em saúde, a gente inicie perguntando a todos os profissionais da saúde o que temos em comum? Qual é o resultado de nosso trabalho?



Voltando à educação popular, tive no Ministério da Saúde (MS) uma grande aprendizagem que foi a interlocução com os movimentos e práticas populares de saúde que ajudou a entender a integralidade do cuidado a partir do compartilhamento de saberes e vivências sobre as condições de vida e juntos em diálogo construir formas de superar a doença, o medo e o sofrimento que sejam compatíveis com o modo de viver das pessoas. Assim, o cuidado ocorre num *continuum*: no acolhimento e diálogo com a necessidade do outro, na construção compartilhada de saberes entre a cultura tecnológica do profissional e os sentidos do usuário, na construção negociada de um novo modo de andar a vida.

Atualmente a Educação Popular e Saúde atua com os movimentos sociais na constituição de sujeitos críticos, conscientes e ativos, por dentro das universidades caminha pelas trilhas da extensão universitária e na mobilização da população para a construção de projetos participativos que fortaleçam o controle social. Um exemplo disso aconteceu numa comunidade do Rio de Janeiro (RJ), em que o cadastro das famílias foi feito pelos moradores que analisaram a situação e pautaram o poder público para cumprir seu papel e juntos fizeram um plano de contingência.

Dessa forma, a Educação Popular e Saúde surge como dispositivo capaz de nos fazer refletir e nos levar por caminhos que deem vida a estas possibilidades, as quais estão nos convidando a empreender uma nova jornada, questiona-se: como vamos nos livrar da sobredeterminação de mercado de trabalho de saúde condizentes com as necessidades da população?

Por fim, temos produzido conhecimentos, práticas e encontros como o VI Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde, cujo tema foi pelos caminhos da democracia, autonomia, do bem viver. É necessário que a gente comece a trabalhar os processos formativos na perspectiva da autonomia para um ambiente democrático onde todas as vozes possam ser ouvidas e juntos construir o que fazer.

Educação Popular nos serviços de saúde. O que acontece no encontro entre profissionais e usuários? É um momento tenso, repleto de desigualdades. O usuário chega fragilizado, se sentindo doente, preocupado, desinformado e nós, do lado de cá, temos a certeza, a segurança e as normas. Como ocorre este encontro? É necessário transformarmos esse momento e local do encontro em momentos de produção de saberes, que a educação perpassasse os serviços.

Como experiências de mudanças mais próximas temos na extensão universitária exemplos de cogestão, observados nos projetos VERSUS e VERPOPSUS em que os estudantes de várias profissões de saúde se organizam e gerenciam suas ações respaldados pela instituição formadora, negociando com gestores e comunidade. Com isso temos tido ânimo e desejo de caminhar em direção à formação interprofissional em que as práticas sejam colaborativas, pois, sem isso, o cuidado integral não se concretiza.

Como reagir diante da questão de como fortalecer o SUS com os movimentos sociais, bases da educação popular e saúde. Como força política para fazer frente aos desatinos governamentais? Eu diria que a pandemia se transformou em um cruel analisador, porque pôs à mostra todas as nossas idiossincrasias e contradições, inclusive o próprio sistema de saúde. E, por mais contraditório que seja expor as fragilidades do sistema, ao mesmo tempo aponta o SUS como a única possibilidade em termos de oferta e organização de serviços, capaz de enfrentar uma pandemia, em virtude da sua natureza e seus princípios. Mas o que acontece no cotidiano das famílias, principalmente aquelas que fazem parte dos territórios da saúde da família, da atenção primária, que só podem contar com o SUS, pois não existem planos de saúde? Então, esse pessoal começou a se mobilizar e a se apropriar do SUS na perspectiva de protagonismo e junto ao pessoal da educação popular deflagraram um movimento chamado SUS nas Ruas, muito interessante porque oferece práticas populares de saúde como suporte

psicológico através de reiki, meditação, fitoterapia, terapia comunitária para aqueles que estão em isolamento domiciliar ao mesmo tempo em que mobiliza a população que reclama sua participação nas políticas públicas. Ocorre uma apropriação do SUS por parte dessa população que hoje luta pela defesa do sistema reconhecendo que sem ele a pandemia teria feito piores estragos do que já fez. Então, existem movimentos em todos os estados do Brasil, que incluem desde o fortalecimento dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde com a participação da população até as ações de solidariedade. Assim continuamos firmes! O SUS é nosso! Saúde não é mercadoria!

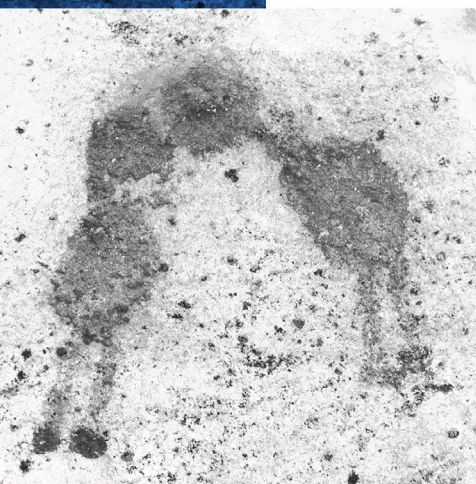
Em relação à pergunta sobre qual a resposta dos estudantes a esta situação: estas mudanças que foram apontadas aqui, como as DCN, são institucionalizadas, mas, mesmo assim, são brechas que se abrem a cada movimento, a cada política indutora, cada Programa de Educação pelo Trabalho (PET), cada projeto inovador. São aberturas que se colocam. Estava lembrando de meu doutorado, que fiz junto com o Carlos Botazzo, onde se discutia muito a dialética entre o instituído e o instituinte e percebo agora que é necessário trabalhar no instituído pois uma educação (im)possível, retirando o “im” entre parêntesis, é ir além de esperar as medidas, regras dos documentos que normatizam as mudanças e começar a construir processos de mudança. Acho que a gente tem que ocupar espaços num movimento de dobras, descobrir outros espaços de aprendizagem para que a gente comece a criar outras coisas.

Vejam, este assunto foi uma das perguntas. Quando foi instituído o curso de medicina em Parnaíba tinha a estrutura curricular modular construída a partir de perguntas como: que conhecimentos, habilidades e atitudes são necessárias para conhecer a origem da vida? Tal pergunta deu origem ao Módulo dos Processos Biológicos no qual o ser humano é visto como um organismo que apresenta estruturas e movimentos, onde entram os conteúdos de anatomia, microbiologia,

histologia que estudam as formas e estruturas e a fisiologia que estuda os movimentos de constituição do organismo. Muito bem!!! Mas, na prática, a integração que a gente esperava de conteúdos e dos professores não passou de um “desfile”, pois vinha o professor da anatomia, falava de anatomia e ia embora; vinha o de histologia e ia embora. Então para a gente conseguir a integralidade tivemos que utilizar uma estratégia metodológica “freireana”, do Círculo de Cultura, para que os professores de um módulo comesçassem a se perceber como professores de uma ação, um módulo que busca a integração dos saberes no sentido de fundamentar uma prática mais totalizante.

Bem, vamos continuar nesse caminho pois, mesmo em tempo de pandemia como agora, a gente substitui o significado dos princípios que nos são caros; por exemplo, na educação popular a gente tinha quase como dogma a presença do outro, olho no olho, abraços e hoje na pandemia a questão passou a ser como a gente vai ter um diálogo honesto, franco, aberto, com alteridade, usando essas tecnologias à distância. A gente vai ter que se reinventar para poder ter êxito nessa nossa trajetória.

Na verdade, acho que foi grande avanço o artigo que aponta o SUS como regulador da formação porque, antes, nossa formação não tinha nenhuma referência. O que interessa nessa questão é realmente a apropriação de todas essas possibilidades. Estamos vivenciando, por exemplo, mudança numa estrutura curricular, então como é que nós vamos potencializar isso para que todo esse nosso desejo que foi colocado aqui, toda essa vontade, todas as experiências, passem a ser as regras e não as exceções. Todas as inovações e ressignificações a que estamos sendo submetidos agora são necessárias para delas tirarmos lições que instituem novas maneiras de agir. Teremos tempo para continuar a pensar no instituinte, ou seja, pensar cada vez mais na formação dos profissionais de saúde como um processo que tenha como efeito a formação de um profissional realmente do jeito que



está escrito nas diretrizes: comprometido, que atenda e compreenda determinação social e biológica do processo saúde-doença e tenha convivência, respeito, que respeite a diferença.

Assim, acho que a Saúde Bucal Coletiva tem no grupo de Saúde Bucal da Abrasco um ponto fundamental para começar a germinar e deixar amadurecer, a partir de todas lindas experiências e novas propostas para que nos apontem um devir o mais próximo do que a gente hoje tem como sonho. Daí eu até coloquei no chat que “sonhar mais um sonho impossível, avançar quando a regra é recuar”; são versos de Chico Buarque (BUARQUE; GUERRA, 1975).

Eu queria agradecer, acho que a minha palavra final é essa. Mesmo vivendo nesse caos, a gente aprendeu que nesses momentos a solidariedade humana existe e o potencial humano que existe em cada um de nós está aí para ser explorado, e que a luta continua! Não vamos nos dar por satisfeitos com as pequenas vitórias, vamos pegar essas vitórias e juntos construir um grande colar que possa abrigar nossas futuras lutas e que no próximo encontro a gente já possa contar experiências do quanto conseguimos avançar.

FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL? COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS DO EIXO TRABALHO EM SAÚDE DA UNIFESP

Luciane Maria Pezzato

Para me apresentar escolhi duas marcas que produziram deslocamentos na minha formação profissional, no sentido de serem capazes de me des-habitar para me habitar de outro modo (BRUM, 2012). Penso que trazemos muitas marcas em nossas trajetórias, mas para este diálogo de hoje gostaria de destacar essas.

A primeira eu vivenciei no último ano do curso de odontologia em 1988, na Universidade Estadual Paulista (Unesp) de Araraquara, quando participei do Projeto Rondon, no Vale do Ribeira (uma das regiões mais pobres do Estado de São Paulo), mais especificamente nos municípios de Eldorado e Jacupiranga. Apesar de ser um programa criado em plena ditadura militar com a finalidade de controle das práticas de extensão universitária, “(...) por meio de projetos, em sua maioria de caráter assistencial e sob rigoroso controle político e ideológico” (MERLO, 1987, p. 26), era também uma estratégia de envolver o estudante universitário em ações próximas de comunidades carentes, apoiando a mobilização e organização comunitária. No meu caso foi uma oportunidade de ter contato com estudantes de outros cursos da Unesp. Lembro-me das meninas da biologia, que estudavam o comportamento das formigas, e dos meninos da agronomia, que cuidavam da horta comunitária. Foi minha única experiência de extensão na graduação e com algum contato interprofissional, sem ter ideia do que isso significava. Nosso trabalho dentro do projeto ficava restrito à assistência odontológica em escolares. Mas, mesmo de modo restrito, pude ter contato com outras realidades, outros cenários de práticas que me tocaram bastante, porque dentro dos muros da universidade não fazíamos ideia de como estávamos isolados, do quanto nosso currículo era engessado e conteudista.

A outra marca foi quando passei no concurso público e comecei a atuar no SUS, em 1992, em Blumenau-SC, quando fui trabalhar com a formação de Técnicos em Higiene Dental, como era a denominação na época. Hoje: Técnicas em Saúde Bucal. Foi com esta experiência que conheci e trabalhei com a querida Cristine Warmling, parceira de muitas aventuras e que me convidou para estar aqui hoje. Foi quando também mergulhei e me apaixonei pelo trabalho em saúde, pela formação articulada com os serviços construídos e produzidos no SUS, que me fizeram querer buscar interlocuções com outros campos de conhecimento. Com isso fui fazer meu mestrado em educação e depois o doutorado em saúde coletiva, ambos na Universidade Estadual de

Campinas (Unicamp). Mas sempre dialogando a “formação” em saúde com o “trabalho” em saúde.

Fiz essas escolhas para me apresentar porque ambas se conectam com o tema do Diálogos Bucaleiros de hoje, em que vou contar um pouco sobre minha prática profissional atual na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - Campus Baixada Santista, em que trabalhamos numa perspectiva da formação interprofissional em saúde e onde estou coordenadora de um eixo comum, interdisciplinar, que se chama Eixo Trabalho em Saúde.

A proposta de formação do Eixo Comum Trabalho em Saúde insere-se no projeto político-pedagógico inovador do Campus Baixada Santista, do Instituto Saúde e Sociedade (ISS), que, por sua vez, procura incorporar e colocar em prática as mudanças ocorridas no processo de formação em saúde iniciado no Brasil, desde a segunda metade do século XX.

As atividades de ensino do Eixo Trabalho em Saúde percorrem os três primeiros anos de graduação e estão organizados de forma a promover a inserção dos estudantes, desde o primeiro ano da graduação, em atividades articuladas com a rede de serviços que possibilitam o contato, nos territórios do município de Santos, com diferentes grupos populacionais, considerando os modos de vida e trabalho das pessoas, das famílias, bem como integrar as atividades de ensino e pesquisa aos serviços públicos e às formas de organização de moradores e trabalhadores. Dessa forma, as atividades de extensão, desenhadas tradicionalmente para aproximar a universidade da realidade social, já estão incorporadas desde a origem às atividades do eixo TS, isto é, em sua própria concepção de graduação.

As atividades do eixo TS envolvem, além do corpo discente, docentes de diversas áreas da saúde coletiva e dos eixos específicos dos seis cursos de graduação: fisioterapia, terapia ocupacional, educação

física, nutrição, psicologia e serviço social, assegurando a interdisciplinaridade também entre os professores. A cada semestre contamos com cerca de 40 docentes e 700 estudantes. Também envolve pactuação com equipes de diversos serviços públicos de Santos (Saúde, Educação, Assistência Social), ONG e outros equipamentos.

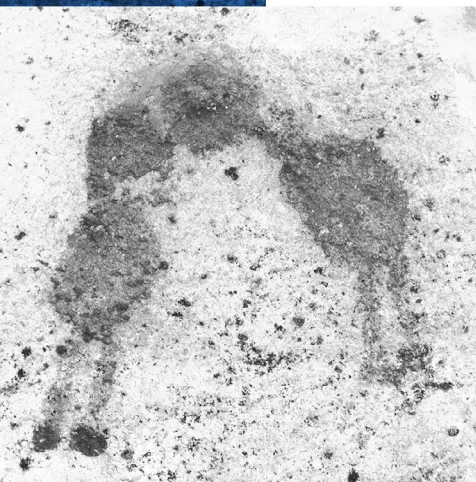
As turmas são mescladas de modo equânime entre os diferentes cursos, de modo a propiciar o movimento interdisciplinar, que se rege pela seguinte pergunta: o que todo e qualquer profissional que atua na área da saúde deve saber, independentemente de sua área de formação?

Para buscar respostas, o eixo está organizado em cinco unidades curriculares: Condições de vida e produção de saúde; Desigualdades sociais e políticas de saúde no Brasil; Encontros e a produção de narrativa; Trabalho em equipe e práticas coletivas; Clínica integrada: produção de cuidado.

A interação e exposição a situações vivenciadas no cotidiano das práticas de atenção à saúde são pontos de partida para a aprendizagem e para a busca de referenciais teóricos.

“Desde o primeiro semestre do curso trazemos para dentro do processo formativo os afetos, a partilha, as angústias, medos, frustrações, e após cada campo, os estudantes fazem um registro individual em diários de campo, contando suas experiências e as marcas deixadas. Articulando teoria, prática e experiência, reflexão e ação” (CAPOZZOLO *et al.*, 2013, p. 444).

A ideia de experiência que trabalhamos não é a de uma bagagem de conhecimentos adquiridos no percurso da vida, mas sim o de experimentar, de provar, arriscar-se, experiência viva e vivida. Bondiá (2002, p. 24) afirma que o sujeito da experiência seria aquele que se expõe, se lança ao risco, “num mundo real com suas contradições, não controlável e em permanente pulsação”. Portanto, ninguém aprende com a experiência do outro; “a experiência é o que nos passa, o que



nos acontece, o que nos toca”. Este texto é trabalhado com os estudantes em vários momentos do percurso formativo no eixo.

As atividades no território onde a vida acontece é nossa grande aposta e também nosso grande desafio, apostamos no “trabalho vivo em ato”, numa abordagem do comum a todas as profissões (MERHY, 2002).

Levar os estudantes para regiões de alta vulnerabilidade exige um trabalho anterior de preparação para a atividade por meio de discussões teórico-metodológicas com apoio de textos, filmes, que funcionem de ferramentas a serem utilizadas nas atividades de campo. Buscamos suscitar nos estudantes o desejo e a curiosidade própria de um pesquisador (CAPOZZOLO; CASSETTO; HENZ, 2013).

Essas atividades envolvem também agenciar transporte, pactuar com a secretaria de saúde, com os serviços, lidar com resistências de alguns docentes, com as demandas dos usuários e dos profissionais dos serviços, que nem sempre funcionam como o planejado.

Nos retornos do campo temos momentos de supervisão para processar, discutir, problematizar, dar contorno ao que foi vivenciado no campo. É um momento importante para escutar, articular conceitos, de teorias e práticas, a partir da experiência (CAPOZZOLO, 2018; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017).

Os diversos saberes profissionais têm lugar nesta proposta, mas não são centrais e valorizamos também as invenções coletivas produzidas em ato, numa clínica comum que se constrói processualmente no percurso formativo, no território do e com o usuário. Apostamos na ideia de trabalho entre profissões, que é uma resultante dos encontros que envolvem saberes profissionais específicos, mas também aqueles legitimados pelas singularidades, pois as situações que se apresentam no cotidiano atravessam as fronteiras disciplinar e profissionais (HENZ *et al.*, 2013).

Entendemos que este processo tem potencial para provocar deslocamentos; marcas em todos os envolvidos.

Quando falamos em formação interprofissional, muitas vezes, parece ser suficiente organizarmos grupos/turmas composta por diferentes áreas do conhecimento para que tudo esteja solucionado, mas conforme questionam Capozzolo *et al.* (2018, p.1679), “como lidar com a tendência de recortar e interpretar a demanda trazida pela pessoa, segundo o quadro de referência da área profissional?”

Sobre isso, Capozzolo *et al.* (2018, p. 1.677) afirmam que o “objeto de cada profissão de saúde não coincidem, por isso não basta juntá-los para conseguir compor uma unidade perdida. Convocando assim a nos abrir para o ‘entre disciplinar’, daquilo que não está dando lugar para o não saber, mas que pode ser produzido em ato”.

Por isso trabalhamos com a ideia de uma formação comum, produzida na experiência, no território, no encontro, possibilitando o exercício da alteridade, de deslocamento em direção ao outro para construir uma clínica que dialogue com os saberes, com os desejos, as singularidades.

Como afirmam Capozzolo, *et al.* (2018, p.1682):

Estas experiências de formação têm mostrado a existência de possibilidade no trabalho em saúde, mesmo onde e quando elas parecem mais faltar, a depender de nossa capacidade de escuta e atenção ao usuário e, sobretudo, de nossa disposição a nos reinventarmos como profissionais.

E esta é uma aposta para a formação em saúde: de nos deixarmos afetar pelas experiências vividas no trabalho com a formação comum, que se propõem provocar deslocamentos de várias ordens, nos colocar em relação com outros, para construirmos conexões com diferentes pessoas, territórios, circulando na academia e fora dela.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO RESSIGNIFICANDO A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA PARA O SUS

Danielle Tupinambá Emmi

“Mesmo desacreditado e ignorado por todos, não posso desistir, pois para mim, vencer é nunca desistir” (ALBERT EINSTEIN, s.d.).

Início essa narrativa fazendo uma reflexão sobre minha trajetória acadêmica na Saúde Bucal Coletiva, que me faz poder, neste momento dos Diálogos Bucaleiros, estar conectada com tantos nomes importantes da Saúde Bucal Coletiva e compartilhar minhas experiências para formação do cirurgião dentista na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFPA). Destaco que a FO-UFPA foi a minha casa durante a formação de graduação e pós-graduação em nível de mestrado e que hoje me sinto honrada em poder contribuir com a escola que me formou.

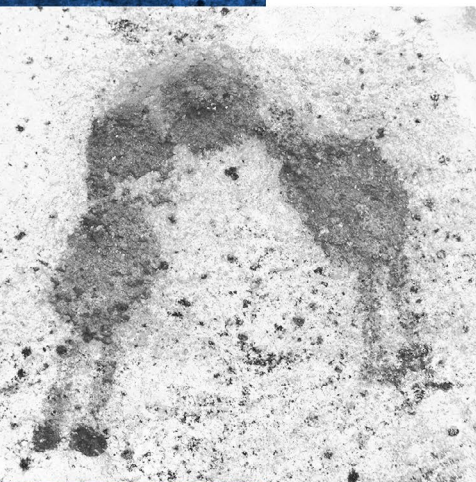
De acordo com o professor e educador brasileiro Augusto Cury (2003, p.79), “professores brilhantes ensinam para uma profissão e professores fascinantes ensinam para a vida”. Posso dizer que tive ao longo da minha formação acadêmica na FO-UFPA, professores que me ensinaram com empolgação e brilho nos olhos, o amor pela Saúde Bucal Coletiva, me motivando a atuar em projetos de ensino, pesquisa e extensão da área, me inspirando a querer seguir a trajetória da docência e o desafiador caminho da Saúde Bucal Coletiva, para a busca de uma saúde bucal humanizada, universal, integral e equânime para a população.

Mas, por que fazer a reflexão da minha trajetória acadêmica se queremos falar de educação para o SUS? Explico: porque enquanto docente que sou faço um exercício diário para também inspirar, motivar

e contribuir com a educação e formação de profissionais comprometidos com o fortalecimento e valorização do SUS, da mesma forma como fui motivada enquanto aluna. E, para isso, precisamos fazer com que nossos alunos percebam a importância da Saúde Bucal Coletiva na sua formação. Atualmente, atuando na direção da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFGPA), posso constatar frequentemente as inquietações e apreensões dos alunos dentro do eixo da Saúde Bucal Coletiva, visto o aluno ainda ter uma visão técnica da odontologia voltada para as tecnologias duras.

Assim, enquanto docentes e formadores, qual é o cirurgião dentista que queremos formar? Será o profissional arraigado em uma formação flexneriana (prática curativa, tecnicista, especializada, biologicista e individualista) ou aquele profissional formado para compreender o processo saúde-doença, trabalhar em equipe e atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva?

Como docente de uma universidade pública localizada em uma macrorregião desfavorecida em termos de acesso a saúde, como a região norte, sinto-me no dever de formar profissionais que oportunizem a transformação da realidade em benefício da sociedade. Contudo, a maioria dos alunos ao ingressarem nos cursos de odontologia ainda busca, unicamente, uma atuação em consultório, voltada para demanda de mercado, com atenção à saúde individual e centrada no curar, enquanto poucos relatam a vontade de trabalhar no SUS e pelo SUS. Muitos não conseguem identificar a odontologia como integrante de uma equipe de saúde. Este fato inclusive refletiu em propagandas veiculadas durante a pandemia de coronavírus SARS-CoV-2, em que muitos comerciais televisivos exaltaram a atuação dos profissionais de saúde durante a pandemia, mas em nenhum houve a menção ao cirurgião dentista como componente da equipe de saúde. Neste sentido, vale refletirmos se essa lacuna não é uma falha na formação profissional do cirurgião dentista. De fato, se continuarmos estimulando

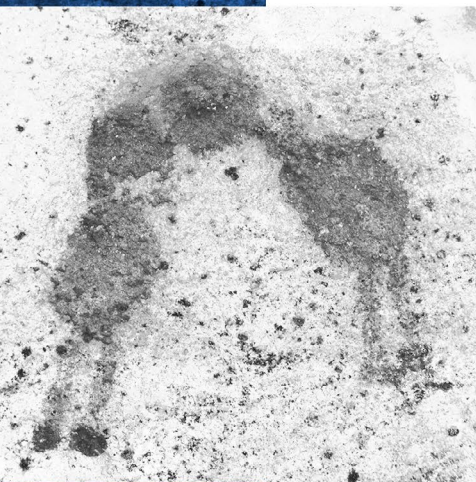


a formação fragmentada e flexneriana, e não estimularmos nossos alunos à participação ativa junto à comunidade e a integrar as equipes de saúde, certamente não teremos um futuro promissor para a inserção do dentista no sistema público, mesmo diante de tantas iniquidades e necessidades em saúde bucal. Considero esta educação e formação impossíveis para a construção do SUS que precisamos. Então, o que nós, formadores, podemos fazer para mudar essa realidade?

Precisamos estimular a integração ensino-serviço-comunidade a fazer parte dos projetos pedagógicos do eixo da Saúde Bucal Coletiva, seja por meio de programas de extensão institucionais e/ou estágios curriculares supervisionados. A importância da integração ensino-serviço foi ressaltada pela Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986 e, posteriormente, abraçada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que estabeleceu o perfil do graduando em odontologia como sendo o generalista, com conhecimentos, habilidades e competências pautados em princípios, fundamentos, condições e procedimentos que atendam às necessidades sociais (BARBOSA *et al.*, 2016).

As atividades de integração ensino-serviço possibilitam aos estudantes de odontologia vivenciarem e compreenderem os fatores socio-culturais que afetam a prestação de serviços à comunidade, bem como sobre o funcionamento dos serviços públicos de saúde, permitindo o desenvolvimento de habilidades que abrangem desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até manobras técnicas e clínicas, além de promover a autonomia para o enfrentamento das dificuldades inerentes à profissão (SILVA-JUNIOR; PACHECO; CARVALHO, 2015).

Apesar do SUS, na maioria das vezes, ser o primeiro empregador para o recém-egresso, enquanto graduando, o eixo da Saúde Bucal Coletiva não é visto como uma atividade benquista pelo aluno, geralmente sendo dadas às atividades, importância secundária. Contudo, após graduado e atuando no SUS é que o profissional valoriza



tudo que aprendeu ou então deixou de aproveitar durante seu percurso acadêmico. Dessa forma, se faz necessário estimular a valorização das práticas em saúde bucal coletiva, desde o início do percurso acadêmico, não só junto aos alunos, mas também aos docentes, sobretudo àqueles mais resistentes e que valorizam competências técnicas específicas, o que contribui para a formação de profissionais com importantes limitações na capacidade de análise de contexto e de trabalhar colaborativamente em equipe (BRASIL, 2017).

Na FO-UFPA alguns docentes do curso ainda são resistentes à integração ensino-serviço ou a outras ações que promovam a saída de docentes e discentes além dos muros da universidade. No atual projeto pedagógico, o eixo da Saúde Bucal Coletiva detém grande carga horária e perpassa todos os dez semestres do curso. Isso faz com que sejamos constantemente interpelados acerca da carga horária destinada aos conteúdos da Saúde Bucal Coletiva, em que alguns docentes consideram excessiva para a formação de um dentista. Essa atitude denota o domínio da formação tecnicista e individualista, que vai de encontro às diretrizes curriculares da odontologia, assim como a falta de compreensão da necessidade de formação para o trabalho em prol de soluções para mudar a realidade de sujeitos e coletividades. Embora o exercício para valorização e importância das práticas de integração ensino-serviço seja constante da minha parte, como docente e gestora, vejo que ainda temos um longo caminho a percorrer. No entanto, acredito que a renovação gradativa do quadro docente das instituições formadoras, por novos docentes, já formados com base no perfil do cirurgião dentista voltado para o SUS, poderá modificar esse quadro ao longo do tempo.

Dialogando sobre as atividades de integração ensino-serviço experienciadas pelos estudantes da FO-UFPA temos os estágios extramurais, que integram o atual projeto pedagógico como disciplinas obrigatórias nos dois últimos semestres do curso, com carga horária

de 68 horas/semestre, tendo como cenário de práticas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas e Hospitais Universitários. Nesse estágio, os alunos são acompanhados por professores da Saúde Bucal Coletiva, permitindo aos estudantes aplicar os conteúdos teóricos sobre o SUS apreendidos em semestres anteriores; vivenciar a estrutura organizacional do sistema de saúde; realizar o planejamento de ações com atuação em equipes multiprofissionais da rede pública de saúde; executar atividades educativas para a comunidade e práticas de educação permanente com auxiliares e técnicos; atuação clínica; vivência das práticas de gestão, humanização, controle e avaliação dos serviços de saúde (EMMI; SILVA; BARROSO, 2018).

Para acompanhamento e avaliação da aprendizagem no estágio extramuros usamos a confecção de portfólios, na qual os alunos se utilizam de criatividade, criticidade, reflexão e subjetividade para exporem suas atividades de vivência dentro do SUS. Pesquisa realizada com análise dos portfólios produzidos no estágio extramuros da FO-UFGA, entre 2009 e 2014, mostrou que os alunos reconhecem a importância deste momento de vivência para seu aprendizado, evidenciando a relevância da integração ensino-serviço para o processo de formação profissional, visto que os estágios extramuros oportuniza-os sentir as fragilidades do sistema com suas iniquidades, impulsionando-os à reflexão, buscando serem profissionais mais humanos e potenciais modificadores da realidade encontrada (EMMI; SILVA; BARROSO, 2018).

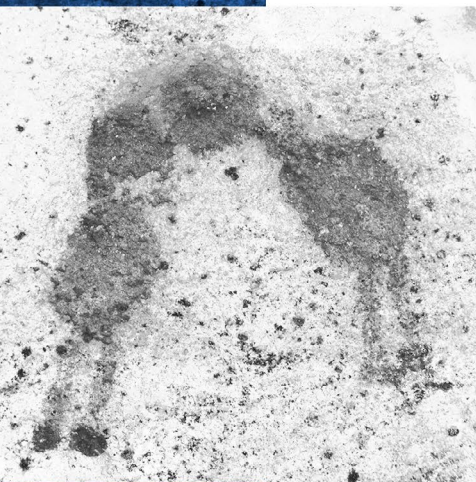
Além da prática curricular obrigatória, uma das ações que também fomentam as práticas ensino-serviço, sendo conduzida pela Pró-Reitoria de Extensão da UFGA e Instituto de Ciências da Saúde, é o “Programa MulticampiSaúde”. Em sua primeira versão, realizada entre os anos 2004 e 2009 o programa inseria o graduando dos cursos de medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e farmácia em equipes multidisciplinares, imergindo-os nas rotinas de serviço do SUS, durante

60 dias, em municípios do Pará, com apoio das prefeituras. Com um número considerável de graduandos e docentes dos cursos envolvidos, a experiência exitosa estimulou o ressurgimento do Programa em 2019 (segunda versão), dessa vez, de uma forma ampliada, para integrar mais estudantes nas equipes multiprofissionais e abranger mais municípios do Estado. Esta nova versão, tendo como foco a saúde da criança, propiciou a inclusão de mais cinco cursos, além dos já participantes na primeira versão. Assim, as equipes multi e interprofissionais foram fortalecidas e complementadas por alunos de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e biomedicina. A seleção para participação se dá por meio de editais com o objetivo de selecionar alunos dos últimos semestres do curso, com perfil para as imersões e formação dos grupos para atuação no SUS. As equipes são supervisionadas por docentes e acompanhadas por preceptores distribuídos em diferentes unidades de saúde básica dos municípios.

Para o aluno da odontologia, se inserir no “Programa MulticampiSaúde” proporciona o reconhecimento do contexto social e econômico local; troca de conhecimento e experiências com a equipe multiprofissional; desperta a consciência para a promoção da saúde e a prevenção das doenças necessária para melhoria da qualidade de vida da população; além de poder beneficiar a comunidade desassistida de atenção à saúde bucal, fortalecendo o serviço e realizando atividades, muitas vezes, não contempladas de forma integral pelos componentes curriculares obrigatórios do curso. Posso dizer que tenho a satisfação de poder ter atuado na primeira versão do referido Programa como tutora, acompanhando *in loco* as equipes em imersão nos municípios e, atualmente, atuando como supervisora das atividades. O aprendizado e as experiências proporcionadas tem sido de grande significado na minha vida profissional e pessoal, sobretudo quando vejo nos alunos participantes a desconstrução de preconceitos, crescimento pessoal e desenvolvimento de novas competências e habilidades.

Outra ação também pautada na integração ensino-serviço que tem colaborado com a reorientação da formação profissional para o aluno de odontologia da FO-UFPa é o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde). Os grupos PET-Saúde fomentam a aprendizagem tutorial de natureza coletiva, potencializando a prática colaborativa na atenção primária à saúde. A versão atual com foco na educação interprofissional tem possibilitado aos estudantes das diversas áreas da saúde aprender sobre os outros, com os outros e entre si, tornando a qualidade da comunicação e da colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, fundamental e crítica para a resolubilidade dos serviços (SALOMÃO *et al.*, 2020). Cabe destacar que, só conseguiremos trabalhar a interdisciplinaridade nas atividades extramurais de cursos isolados, quando tivermos preceptores de áreas diferentes de formação dos estudantes, que sejam comprometidos com a educação, trabalho e partilha de conhecimentos.

O Pará apresenta extensa bacia hidrográfica e é comum no Estado a presença de comunidades que vivem a beira dos rios. Essas comunidades ribeirinhas, diante de suas características territoriais, culturais e sociais bem diferenciadas, possuem muitos desafios para se promover a assistência à saúde. Um dos cenários de práticas do grupo PET-Saúde da UFPa é a Ilha do Combu, no arquipélago afastado cerca de 1,5Km da capital paraense, que tem à sua frente (do outro lado do rio) o Campus da Universidade Federal do Pará (UFPa). A equipe de “petianos” dos cursos de odontologia, medicina, farmácia, nutrição e enfermagem atua junto a preceptores na única unidade de saúde da ilha e tem a oportunidade de realizar diversas atividades colaborativas junto aos atores do serviço e comunidade, incluindo visitas domiciliares, a qual traz grande impacto aos estudantes, visto as características geográficas locais e o deslocamento entre domicílios acontecer por meio fluvial. As experiências trazidas pelas vivências destas realidades tão diferente despertam nos estudantes a humanização, a reflexão crítica acerca do processo saúde-doença e a



importância de estar preparado para atuar junto às comunidades para estruturação da atenção primária e melhoria do acesso à saúde.

No atual cenário de pandemia e contexto de isolamento social, as atividades presenciais junto a estas comunidades precisaram ser temporariamente suspensas. Contudo, o avanço das tecnologias digitais da atualidade permitiu nos ressignificar e o on-line nos reaproximou, desenvolvendo atividades remotas colaborativas com o grupo e com preceptores junto à comunidade. Há alguns anos essas possibilidades não eram sequer cogitadas. Posso dizer que talvez esse seja o lado bom da pandemia, pois nos estimulou a ultrapassar limites, nos reinventando, em busca de soluções possíveis dentro das condições vivenciadas.

Portanto, posso afirmar que, a meu ver, a integração ensino-serviço-comunidade torna-se imprescindível para a reorientação da formação do cirurgião dentista, no que se refere a uma formação generalista, humanista, orientada e articulada ao SUS e que garanta a atenção das reais necessidades de saúde da população. Contudo, ainda é um desafio implementar transformações ideológicas, políticas e pedagógicas nas instituições formadoras de profissionais de saúde (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008), principalmente onde prevalece o domínio da formação tecnicista e individualista. Cabe a todos nós, envolvidos no processo de formação, que estejamos abertos a refletir, reconstruir e reinventar constantemente nossas práticas de ensino, possibilitando aos alunos sair dos muros da universidade e pensar criticamente sobre seu papel na sociedade, sobretudo quando é oriundo de uma universidade pública. Assim, precisamos continuar insistindo e resistindo para formação de profissionais integrados ao nosso sistema público de saúde, para a construção do SUS que queremos e precisamos, valorizando-o e fortalecendo-o como sistema universal, integral, equânime e que ofereça um atendimento de qualidade à população brasileira.

EDUCAÇÃO POSSÍVEL: VALORIZANDO O ENCONTRO NA FORMAÇÃO NO SUS

Luiz Roberto Augusto Noro

Uma das maiores marcas da minha vida foi aprender fora do ambiente formal de ensino, ou seja, a escola. Tradicionalmente, acredita-se que a escola seja o lócus privilegiado do aprendizado. Para TFOUNI *et al* (1993) grande parte das pessoas relacionam a frequência à escola e os conhecimentos nela adquiridos com ideias de ascensão social, desenvolvimento individual e social, fazendo uma representação idealizada da escola de forma similar à presente no discurso “oficial”.

Para mim, um dos poucos momentos no qual a escola contribuiu decisivamente para isso foi meu processo de alfabetização, viabilizado por Dona Ruth Noro (2015). Sem nenhuma revolução metodológica, Dona Ruth foi marcante por iniciar o desafio de, a partir da leitura, fazer com que eu começasse a entender o mundo para além das palavras e o desafio maior de tentar mudar o mundo a partir da escrita:

Se os camaradas e as camaradas escreverem muitas estórias, um dia vamos fazer um livro grande com estórias contadas por nosso Povo. Estórias que falam do nosso passado, da luta do nosso Povo, de nossa resistência ao colonizador. Estórias que falam de nossas tradições, das danças, das músicas, das festas. Estórias que falam da luta de hoje, da reconstrução nacional. Estórias que são pedaços de nossa História (FREIRE, 1989, p.31).

Nessa trajetória, escrever para tentar mudar o mundo vem bem depois, já como resultado na minha formação pautada na gestão popular da ex-prefeita de São Paulo, Luiza Erundina. Pela primeira vez no local onde nasci foi possível o envolvimento com vários atores como Capel, Botazzo e Manfredini para se pensar Saúde Bucal Coletiva como direito de todos, conforme previsto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ações coletivas desenvolvidas em espaço sociais, envolvimento com os movimentos populares, formação de pessoal auxiliar em serviço, ações de vigilância em saúde, assistência odontológica em Unidades Básicas de Saúde e discussão sobre atenção especializada entre outras iniciativas foram consolidadas ao longo de quatro anos de muito trabalho, militância e enorme aprendizado.

Escolhi trazer para o nordeste minha vivência e o conhecimento adquirido ao longo desse tempo. Apesar da minha pretensa possibilidade de atuação nos serviços públicos de saúde, acabei por ter na academia minha possibilidade de inserção no mundo do trabalho nessa opção de reescrever minha história.

Considerando meu envolvimento com as capacitações pedagógicas nos cursos de pessoal auxiliar no município de São Paulo, procurei levar para a universidade discussões relativas às metodologias ativas de aprendizagem. A partir daí, a curiosidade e o interesse em transformar o conhecimento científico em algo passível de ser construído no cotidiano certificaram-me que essa opção orientaria minha vida profissional.

EDUCAÇÕES IM(POSSÍVEIS) NO SUS...

Na área da saúde, a geração que acredita e defende o Sistema Único de Saúde foi formada de forma bastante contundente fora do sistema universitário convencional. Nas trajetórias individuais cada um tem pessoas com as quais aprendeu princípios ou teorias fundamentais na vida fora do âmbito formal de ensino superior. São todos, portanto, corresponsáveis pelas educações possíveis em espaços improváveis.

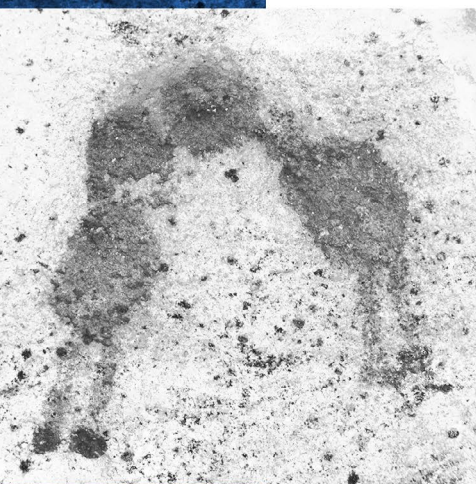
A formação no SUS reveste-se, portanto, como algo bastante complexo uma vez que o sistema em si apresenta uma diversidade de

ações e princípios que não fazem parte tradicionalmente da formação dos cursos na área da saúde. Os avanços possíveis, portanto, dependem de uma atuação diferenciada dos professores que devem articular tanto elementos voltados para compreensão e envolvimento com o SUS como perspectivas pedagógicas inovadoras para as quais não foram, na maioria das vezes, formados.

Uma estratégia interessante para isso foi a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em odontologia (BRASIL, 2002), as quais passam a sinalizar a possibilidade de utilização de outros cenários diferentes dos habitualmente utilizados para formação de profissionais de saúde. Além, obviamente, de fazer valer a perspectiva do papel do SUS como ordenador da formação na área da saúde.

A partir dessa possibilidade, além das clínicas e laboratórios presentes juntamente com as salas de aula na formação cotidiana da área da saúde, abre-se a possibilidade de inserção do aluno em espaços do SUS. Esses espaços são representados prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Estratégia Saúde da Família, pilares da atenção primária em saúde. Observa-se com isso uma maior aproximação da academia com os serviços públicos de saúde, com estratégias diferenciadas, oportunizando diferentes experiências para as instituições de educação superior. Como destaque desta inserção dos alunos, destacam-se na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) as disciplinas Saúde e Cidadania (SACI) e Atividades Interativa Interdisciplinar (SACI II), com proposta de atuação multiprofissional dos ingressantes nos diversos cursos da área da saúde. Um dos desafios ainda incipiente na maioria dos cursos de odontologia é a articulação das clínicas-ensino com o sistema de referência e contrarreferência do SUS.

Das experiências vivenciadas por parte dos cursos, aquelas que mais se destacaram foram as relativas ao estágio supervisionado



realizado por algumas instituições de educação superior diretamente em serviços do SUS, contemplando a estratégia de realização a formação imbricada do Sistema de saúde.

Considerando a importância na definição de elementos fundamentais para formação de profissionais de saúde envolvidos com o Sistema Único de Saúde, a atual proposta sinalizada para as futuras DCN apresenta em vários de seus artigos, a partir de contribuições do Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco), contribuição significativa. Entretanto, em sua última versão, a abordagem dada ao estágio é bastante preocupante. Considerando a redação atual e o contexto vivenciado de desmanche do SUS, caso não alterada, pode dificultar sobremaneira a compreensão desse espaço como essencial para a formação do cirurgião dentista.

De qualquer forma, estudo recente de Lima, Oliveira e Noro (2020), conduzido a partir da percepção de professores de saúde coletiva em cursos de odontologia no Brasil, identificou avanços alcançados após quase 20 anos de adoção das DCN, entre os quais se destacam temas relacionados ao conhecimento (princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, processo de territorialização da área de atuação da equipe, Política Nacional de Humanização, linguagem da comunidade), atuação em equipe (articulação de diferentes saberes, respeito aos critérios deliberados pelo grupo e percepção dos interesses dos diferentes grupos sociais) e ferramentas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica para a análise da situação de saúde do território, participação efetiva no planejamento das atividades para as ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica e avaliação das ações definidas no processo de planejamento em saúde).

O mesmo estudo demonstra que se configuram como desafios a serem superados os relacionados às dificuldades para a



realização da análise de situação de saúde da população voltada ao território de atuação, a falta de inserção na equipe multiprofissional, o desconhecimento sobre os princípios da educação popular em saúde, a falta de cuidado no acolhimento aos usuários, desconhecimento relativo às Redes de Atenção Integral à Saúde e a falta de compreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sobre o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

...O ON-LINE NOS RESSIGNIFICANDO E NOS APROXIMANDO

Talvez a maior constatação em relação à utilização de mecanismos on-line intermediando relações educativas foi que as questões tecnológicas, teoricamente complexas, foram as mais fáceis de serem adotadas. Na verdade, plataformas, ambientes virtuais, estratégia de ensino remoto já faziam parte em alguma dimensão de nossas atividades cotidianas. Com a necessidade de uma maior utilização dessas ferramentas acaba-se por aprender cotidianamente.

O grande desafio, portanto, é no campo pedagógico, ou seja, como se apropriar de estratégias on-line a serviço de uma educação inovadora, inclusiva e libertadora. Coloca-se, portanto, sua utilização como alternativa estratégica para se trabalhar com a transformação da educação tradicional em uma educação reflexiva voltada para a solução de problemas. O professor, com suas limitações tecnológicas, alia-se ao aluno na busca de estratégias que sejam fundamentais para o aprendizado de ambos, sendo a busca do conhecimento intermediada na relação cotidiana. Dessa forma, a meta é transformar o impossível em ações possíveis pelo envolvimento e compromisso dos diversos atores envolvidos. A limitação de acesso deve ser um incentivo cotidiano para que todos sejam incluídos e beneficiados com o uso

dessa tecnologia. Essa dimensão nos fortalece em buscar parcerias baseados em realizações possíveis para todos. Parafraseando Paulo Freire (1997) “ninguém é se se proíbe que todos sejam”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Celso Zilbovicius

As apresentações foram unânimes ao retratar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação do profissional de saúde no Brasil contemporâneo. As experiências aqui relatadas por todos os convidados refletem um significativo movimento de inúmeras faculdades pelo país, no sentido de possibilitar o aluno vivenciar de perto a realidade dos territórios, suas características e vulnerabilidades bem como a vivência no SUS, seja por meio de estágios extramuros ou mesmo por meio de programas governamentais de incentivo que visam apoiar estas iniciativas que retratam uma possibilidade concreta de mudanças na formação destes estudantes. Os desafios para aprimorar estes processos, porém, são ainda grandes tanto no âmbito político como pedagógico. As desconstruções e tentativas de desestruturação do SUS, conquista histórica da sociedade brasileira, bem como sérias tentativas de terceirizar a gestão do sistema ameaçam os acordos e pactuações realizadas com as Instituições de Ensino Superior para inserir alunos no mesmo, bem como colocam em risco conceitos fundamentais para esta transformação da formação de profissionais da saúde, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Conceitos fundamentais para o SUS como a educação popular em saúde, promoção da saúde, integralidade do cuidado e trabalho em equipe aqui abordados e que fazem parte do repertório das experiências acadêmicas apresentadas, devem fazer parte dos currículos das escolas que se comprometem com uma visão ampliada

de seu egresso. A inserção destes conteúdos nos projetos políticos pedagógicos além da criação de disciplinas voltadas para uma efetiva integração com o SUS relatadas pelos autores deve estar presente na agenda dos responsáveis pela formação em saúde do Brasil. Mesmo a necessidade de adaptar as estratégias de ensino para modalidades remotas devido à pandemia da covid-19 e a consequente utilização de recursos tecnológicos num ensino tradicionalmente presencial, não podem interferir os caminhos e experiências já bem trilhadas por muitas instituições acadêmicas, como as que foram citadas neste capítulo, na busca de formar profissionais capacitados para atender na lógica de cuidado do SUS que é, em última instância, responder às necessidades de saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) *In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências.* São Paulo: Artes Médicas, 2008.

AZEVEDO, A. B.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde em Debate*, v. 41, n. 113, p. 647-657, 2017.

BARBOSA, F. T. L.; TEIXEIRA, S. R.; NUNES, M. F.; FREIRE, M. C. M. Implantação das DCN nos cursos de Odontologia: opinião de formandos de uma universidade pública. *Rev. ABENO*, v. 16, n. 4, p.61-71, 2016.

BONDÍÁ, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-8, jan./fev./mar./abr. 2002,

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara Superior de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002 - *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia*. Brasília: DF, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Relatório final da Oficina de alinhamento sobre Educação e Trabalho*

Interprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRUM, E. Os vampiros da realidade só matam pobres. *In.: Dignidade: nove escritores vivenciam situações-limites e relatam o comovente trabalho da organização Médico sem Fronteiras*. São Paulo: Leya, 2012.

BUARQUE, C. B. H.; GUERRA, R. *Gota d'água*. Civilização Brasileira, 1975.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.357-370, jun. 2013.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface (Botucatu)*, v. 22, sup. 2, p.1675-1684, 2018.

CAPOZZOLO, A. A.; Casetto, S. J.; Henz, A. O. (Org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAPOZZOLO, A.A.; *et al.* Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 443-456, 2014.

CURY, A. J. *Pais brilhantes, professores fascinantes*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

EMMI, D. T.; SILVA, D. M. C.; BARROSO, R. F. F. Integrated teaching to service experience in Health professional education: perception of dentistry students and graduates. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 64, p. 223-236. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005017101&script=sci_abstract. Acesso em: 27 abr. 2021.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. 23. ed. Coleção polêmicas do nosso tempo. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

FREIRE, P. Papel da educação na humanização. *Revista da FAEEBA*, v. 6, n. 7, p. 9-32, 1997.

LIMA, J. C. S; OLIVEIRA, A. G. R. C; NORO, L. R. A. Avanços e desafios da formação no Sistema Único de Saúde a partir da vivência dos docentes da área de Saúde Coletiva nos cursos de Odontologia. *Cien Saude Colet.*, jun. 2020. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avancos-e-desafios-da-formacao-no-sistema-unico-de-saude-a-partir-da-vivencia-dos-docentes-da-area-de-saude-coletiva-nos-cursos-de-odontologia/17640>. Acesso em: 13 set. 2020.

MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

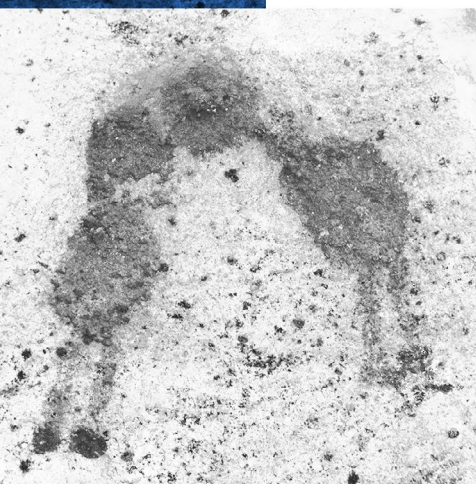
MERLO, P. M. S. 1987- M565s 65 anos de Extensão Universitária na UFES: uma trajetória de desafios e conquistas. Dados eletrônicos. Vitória, ES: UFES, Proex, 2019. Disponível em: http://proex.ufes.br/sites/proex.ufes.br/files/field/anexo/65_anos_de_extensao.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021

NORO, L. R. A. A importância da aula. *Revista da ABENO*, v. 15, n. 4, p. 91-99, 2015.

SALOMÃO, A. F. S. *et al.* Educação interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde: relato de experiência. *Revista de APS*, v. 21, n. 4, p. 747-756, 2020.

SILVA-JUNIOR, M. F.; PACHECO, K. T. S.; CARVALHO, R. B. Multiplicidade de atuações do acadêmico de odontologia. *Arq. Odontol.*, v. 51, n. 4, p. 194-204, 2015.

TFOUNI, L. V. *et al.* *Afinal, para que serve a escola?*: representação feita por adultos alfabetizados e analfabetos. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, n. 4, p. 31-36, jul. 1993.



8

Carlos Botazzo

Elizabete Cristina Fagundes de Souza

Otacílio Batista de Sousa Néto

**BOCA, CÂNCER,
SUBJETIVIDADES OU DE COMO
SIGMUND FREUD PARTICIPOU
DE PESQUISA EM SAÚDE
COLETIVA NOS ANOS 2000**

APRESENTAÇÃO - NOTAS E ACORDES SOBRE DOIS ARTISTAS

Otaclíio Batista de Sousa Nétto

AFORISMO

'Live' e livro

'Live' não é livro

Ivo não viu a uva em Angicos

Amigos, se 'live' não é livro, talvez surja capítulo

Lívidas passagens - imagens

Coalescentes, menos

Talvez até conflitantes

Andantes, caminhantes,

Mal passadas, ao ponto, aos dentes

Às bocas cheias de gentes

Servidos do nosso capítulo

Ei-lo...

A BOCA OCA (ARNALDO ANTUNES)

A boca oca, oca

A boca oca, oca, oca

Onde fica a língua

Índia ainda virgem

Selva de linguagem

Guarda de tocaia

A margem da aldeia da ideia

Que afia

O gume da seta cega

Que apague o lume da lua vaga

E atraia

O dia em que diga

Só o que fala

Hoje, quando resolvi escrever este texto, recebi a notícia da partida de um jornalista piauiense de 26 anos, com um câncer raro. Mais uma morte neste horizonte “setêmblico” de 130 mil mortes. Que inapelável sirva para pensarmos na “questão ética e subjetiva de tantas perdas” e na valorização inadiável da vida.

Um ano absurdamente desafiador que nos colocou (n)a tarefa de reinventar nossos modos de viver e conviver. Mas, como todo desafio humano diante de situações absurdas (o termo é usado de forma proposital para realçar a situação brasileira diante da pandemia da covid-19), brechas e fissuras se abrem para dar vazão à potência de vida que pulsa em nós.

Para apresentar o Diálogo Bucaleiro¹, de Betinha e Botazzo, quis escrever um texto intencionalmente pró-vida. Morte e Vida Severina, morta ou viva, luto, alegria e melancolia.

Vida aqui tem escrita de bricolagem, picardia e poesia. Uma amiga muito querida e getista da saúde bucal coletiva, logo me diria com sincera sabedoria: mas isso não é ciênCIA! Replico: Interne a ciênCIA, talvez não seja preciso eletroconvulsoterapia, mas como sugestão, terapia analítica com livre associação de palavras, psicanálise, esquizoanálise. Não terapia comportamental cognitiva... A poesia mineira nos ensina:

A mim que desde a infância venho vindo, como se o meu destino, fosse o exato destino de uma estrela, apelo incríveis coisas: ... Tomo o nome de Deus num vão. Descobri que a seu tempo vão me chorar e esquecer. Neste exato momento... o céu é bruma, está frio, estou feia(o), acabo de receber um beijo pelo correio...: não quero faca nem queijo... quero a fome (PRADO, 2015, p. 113).

SUMÁRIO

¹ Live “Bocas, Câncer e subjetividades”, realizada em 04/08/2020, transmitida pelo Canal Youtube TV Bucaleiros. Disponível no link <https://www.youtube.com/watch?v=ZH1V0CocJks> [Acesso em 11 de setembro de 2020].

Naquele 04.08.2020 o que Betinha e Baxo nos apresentaram em duas horas, como oferenda ritual, foi fome embalada em uma experiência de saber-e-sabor. Uma carta-convite memorialística, sobre câncer, boca e subjetividades. Revi atento a gravação e fiz em progressão: anotação, decupação, um pouco de transcrição.

Compartilhar para não esquecer. Vinte e um anos do primeiro encontro dos dois no Instituto de Saúde Paulista e de uns tantos outros depois, tínhamos uma visita guiada. No roteiro da exposição: uma tese no cristal da tela, no estar da sala. Tese composta na estrada. Natal, São Paulo, Campinas e Rio de Janeiro.

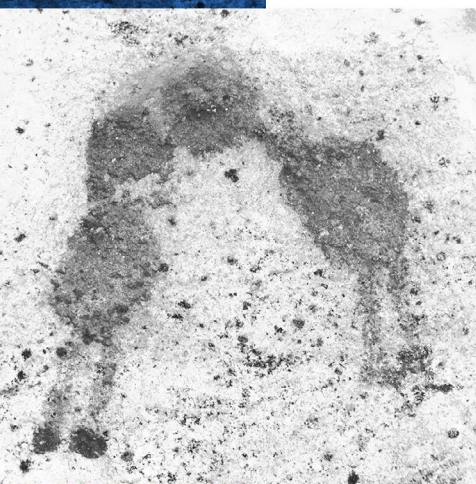
Uma mulher professora e pesquisadora, seus caminhos e travessias: um hospital e seu setor de cirurgia de cabeça e pescoço, predominantemente masculino. Que ciência esta moça poderia e saberia fazer, meu caro Botazzo?

A relação dialética hegeliana-marxiana-freireana do orientando com seu orientador. O estudante deve ser orientado. Quem orienta deve ser orientado. Quem cuida precisa também ser cuidado.

As vicissitudes da formação da pesquisadora, pelo seu olhar e do seu orientador: a subjetividade, a subjetivação, o objeto de pesquisa aos poucos sendo subjetivado, subjetivando-se, e o momento de fusão sujeito e objeto.

Cada objeto de pesquisa suscitando um método, um percurso metodológico, com alguma dosagem de transgressão. Um campo de pesquisa bastante vivo, que fala, se agita, se oculta, desliza, incomoda, silencia, desprovido de neutralidade. Um campo dos elementos, um campo de encontro com os elementos: ÁGUA, TERRA, FOGO, SANGUE, AR e FREUD.

Freud e o seu câncer, antevistos e traduzidos em um trabalho apresentado com Goya e Saturno, no Congresso da Associação



Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco): O Câncer Bucal de Freud: A Psicanálise Silenciada.

A doença câncer bucal, a doença como regressão, uma boca que regride, uma boca só rebordos, uma boca adulta que suga, boca reduzida a sucção, uma boca que dolorosamente perde paladar, uma boca incapaz de penetrar, uma boca mutilação a ser ocupada, se possível reparada por próteses. Uma clínica odontológica tradicional que diagnostica tardiamente cânceres bucais em evolução. A bucalidade como conceito-ferramenta potente para compreender o sofrimento bucal reflexivamente. Uma ferramenta para contrapor-se à clínica odontológica odontotécnica, mesmerizada em dentarização.

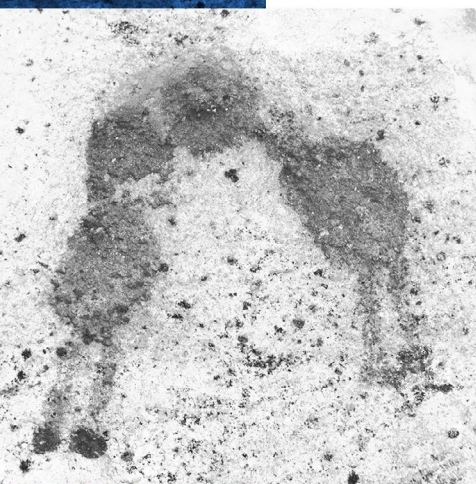
A bucalidade como pensamento e proposição de outras clínicas: clínica do acolhimento ou ainda clínica do acolhimento e do desvio, da longa revolução pela construção de uma saúde bucal coletiva mestiça, pós-colonial, antirracista. Dentro desta clínica que se anuncia, toda história clínica é biografia, patografia, toda história clínica é a história de uma vida, assim singular, assim vida.

Quando a história oficialmente construída não deriva da valorização do encontro havido na clínica, sendo uma verdade já constituída, um *a priori*, tem-se a recorrente deformação, degradação profunda do que poderia ser a clínica.

Como antídoto hermano-spinelliano: a clínica como artesanato, a cada caso que você se propõe encontrar, no modo singular.

A clínica como narrativa de encontro com o outro, a clínica como o outro, a clínica é o outro, cuja potência de vida desejante, pulsa a todo instante.

Não há o outro na odontologia, que de tão historicamente auto-referida, goza solitariamente consigo mesma, centrada no cirurgião-dentista, e nos dentes das bocas atendidas.



Mas se dente não é gente, falta clínica para a clínica odontológica, em uma crítica semântico-epistêmica à odontologia, que se estende desde sempre. Falta gente e falta poesia, falta horizonte, pensamento e ousadia, falta produção de vida em muitos cantos da odontologia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus 32 anos setembris, como lugar de disjunção, esquizofrenia, e novo colonialismo. Entre um quê de resignação e indignação, o SUS é ainda pautado por um modelo contábil, bancário, no qual jaz viva e rediviva uma clínica degradada, empobrecida, chapliniana² a *la Tempos Modernos*, uma anti-clínica fordista, linha de montagem de tecnologias e procedimentos, que fazem desaparecer, como trágica farsa, os pacientes humanos presentes.

Encontrar saídas para as diatribes formativas, que enquadram, recortam e sobretudo limitam nosso horizonte esquadrinhado, deformando-o, ao não contemplar as dimensões afetivas, culturais e outras, envolvidas na produção social do estigma, do câncer e sua superação. Como contraponto, a arte nos une, a política nos une, o afeto nos une, em uma clínica que nos convida e provoca a sermos sendo, devir e futuro.

Como nota final, descubro conversando com os mestres primeiros deste texto, um asterisco, não sem menor brilho, a clínica que envolve o próprio tempo de vida do texto, uma clínica do texto, em suas variações de alto e baixo relevo. É preciso que o texto descanse, que o texto se encante, apascente, repouse, descreva o recorte de um instante, incarne, pulse sem muito alarde, com tempo para ser texto, para ser fiel ao que é vivo. Não há outro modo possível, não há outro jeito.

² Tempos Modernos é um filme mudo norte-americano lançado em 1936, escrito e dirigido por Charlie Chaplin. Narra a tentativa de sobrevivência do personagem em um mundo moderno industrializado.

Respiro (algo raro nestes tempos).

Respeito.

Com vocês, Botazzo e Betinha.

BOCAS, CÂNCER E SUBJETIVIDADES: DOS PERCURSOS DA PESQUISA E DA PESQUISADORA

Elizabethhe Cristina Fagundes de Souza

Inicialmente, gostaria de registrar meu agradecimento às pessoas do Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco), que me convenceram a participar de uma sessão ao vivo de “Diálogos Bucaleiros”, no início de agosto deste ano de 2020.

Vejo como resistência e “re-existência” as tantas iniciativas de solidariedade e comunhão que apareceram nessa pandemia e assim incluo esta do GT-SBC/Abrasco e o parabenizo por apostar na força desse coletivo e de nos fortalecer individualmente. As sessões de *lives* do GT-SBC/Abrasco estão entre as iniciativas que apostaram na potência de “re-existirmos”, para encontrar nossas forças diante da crise sanitária, política, econômica e social que atingiu o mundo e, em nosso país, alcançou-nos de forma particularmente violenta e perversa, pela condução do desgoverno central em enfatizar a desproteção social e apostar no negacionismo das medidas sanitárias apoiadas na ciência. Isso agravou a situação das pessoas invisibilizadas e desprotegidas em suas vulnerabilidades, cujos efeitos de visibilidade advindos da pandemia podem também vir a ser banalizados no que se vislumbra de um “novo normal”.

Diante desse quadro tenebroso, múltiplos sentimentos se misturam entre medo, revolta, impotência, raiva, solidariedade. Mas forças de resistência nos mobilizam a reconhecer o que já aprendemos nas lutas históricas - que somos mais fortes quando juntamos nossos medos, queixas e insatisfações. Em cada momento desses encontros virtuais dos Diálogos Bucaleiros nos aproximamos entre distâncias geográficas longínquas, cujas estradas físicas o espaço virtual recriou em uma ágora de sentipensamentos, que produzem reflexões críticas e nos fortalecem, individual e coletivamente. Devo registrar que me sinto muito privilegiada e feliz por pertencer a esse coletivo.

Quero mais uma vez agradecer a todos amigos e colegas de GT, à coordenação e, em especial, a Botazzo e a Otacílio que, além de me convencerem a “sair da toca” proporcionaram uma conversa com alegria e leveza, ao percorrermos as lembranças da produção da tese *Bocas, câncer e subjetividades: patografias em análise* cujo percurso se deu no eixo Natal-Campinas-São Paulo, mediado pelas instituições Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Universidade Estadual de Campinas - IS/SP (UFRN-UNICAMP-IS/SP), e produzido sob a influência de muitas mãos, mentes e corações que se corporificaram na relação orientanda-orientador. Desejo que os efeitos dessa conversa possam vir a ser inspiradores para estudantes e docentes em suas construções metodológicas, abertas às incertezas de cada contexto histórico, como são, ou pelo menos, como deveriam ser.

Agora, diante do desafio de transformar aquela conversa em uma escritura textual formal, apresentarei com brevidade o modo como transitei da linguagem verbal para a escrita, com o intuito de ofertar aos leitores e leitoras um esboço de metodologia que costumamos descrever em trabalhos acadêmicos. Na escrita, optei pela junção do informal e formal para construir a narrativa a partir da escuta da *live* por três vezes, transcrição de alguns trechos e pontuações de outros, acrescidos de alguns ajustes de memória por busca direta em outras anotações e nas fontes referidas - o texto da tese, anotações de campo, referências citadas,

escritos pessoais publicados ou não e acréscimos atualizados pelos sentipensamentos que emergiram na atualização dos fatos narrados. Eis, então, o resultado da narrativa textual apresentado a seguir.

O objetivo da *live* foi apresentar o tema Bocas, câncer e *subjetividades*, a partir do que foi produzido na tese de título homônimo e se propôs a ser uma conversa sem roteiro prévio. Confesso que meu primeiro impulso foi redigir um breve script, mas logo desisti de fazê-lo ao me debruçar sobre escritos guardados em gavetas da memória que comecei a desarrumar. Fiquei povoada de lembranças diversas, imagens de fatos e pessoas, conversas, leituras, lugares. Dei-me conta, então, que já se passaram cerca de 20 anos do meu encontro com Carlos Botazzo, meu orientador durante o doutorado. Alguém que se tornou mais que um mestre intelectual, com quem muito aprendi ao desfrutar de sua generosa orientação acadêmica e que se tornou um grande amigo, cuja amizade prescinde da constante presença e da proximidade espacial, e se alicerça em respeito intelectual e pessoal. Compreendi, pois, que a tarefa do exercício mnemônico de resgatar um processo ocorrido há duas décadas seria carregado de muitos afetos e que seriam mais bem traduzidos na palavra em ato, no acontecimento e fruição da conversa informal ao modo de contar de uma história.

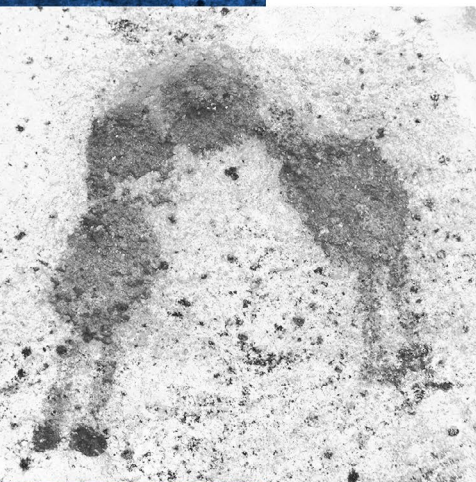
E foi mais ou menos assim que comecei a contar: era uma vez uma professora universitária que saiu da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, no ano de 1997, para se submeter a uma seleção de doutorado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, São Paulo), no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas. Naquela época, o processo seletivo me permitiu apresentar um projeto, de título *Câncer, pessoas, riscos e bocas*, para concorrer a duas áreas, pois optei por uma proposta híbrida que poderia ser acolhida pelas áreas de Epidemiologia ou de Ciências Sociais em Saúde³.

³ Denominação à época da área de Ciências Humanas e Sociais em Saúde (CHSS), que integra o campo da Saúde Coletiva.

O estudo pretendia trabalhar com dados de registro de câncer de base hospitalar, com realce à descrição epidemiológica e ao diálogo com outros aspectos da produção do adoecimento-cuidado. A pergunta que me instigava era o fato do câncer de boca estar entre as cinco doenças bucais principais, ser prevenível e ter possibilidade de diagnóstico precoce, o que deveria aumentar as chances de cura e evitar sequelas. No entanto, os dados identificam que os diagnósticos ocorrem tardiamente na maioria dos casos e esse fato despertou o meu interesse em estudar sobre o câncer de boca, pois o que me mobilizava saber era o que levava as pessoas a terem o diagnóstico tardio. Daí o projeto partia de um levantamento epidemiológico com dados de registro hospitalar para, em seguida, compor uma amostra de pessoas a serem entrevistadas sobre suas representações acerca da doença, conforme extrato de parágrafo do referido projeto, a seguir.

Buscaremos nesta investigação, partir do estudo descritivo da ocorrência de câncer de boca no registro de morbidade hospitalar, tendo como referência o diagnóstico identificado no momento de entrada das pessoas nos hospitais referidos, para construir um quadro explicativo das relações entre as representações que as pessoas doentes e as com suspeita de câncer de boca têm sobre a doença e as suas experiências com os serviços de saúde bucal, tomando como pano de fundo o contexto sócio-cultural que permeia esse adoecer. (SOUZA, 1997, p. 14).

Essa tentativa de imprimir uma natureza híbrida ao projeto para dialogar com as duas áreas foram inspirações vindas das reflexões epistemológicas trazidas por Luiz David Castiel no debate sobre a singularidade do adoecer humano (CASTIEL, 1996), e de Naomar Almeida Filho sobre os limites dos modelos matemáticos de análise linear em estudos epidemiológicos (ALMEIDA FILHO, 1992). O enlace da abordagem qualitativa pretendida no diálogo entre um estudo descritivo de recorte epidemiológico e seu aprofundamento em uma análise amostral intencional foi aportado na leitura de Maria Cecília Minayo, no seu clássico Pesquisa Qualitativa (MINAYO, 1992). Na condição de projeto submetido para seleção, ele teve as características de uma carta



de intenção com as bases do recorte do objeto e as aberturas para sua remodelagem a partir do amadurecimento formativo da pesquisadora.

Eu fui aprovada na seleção e, inicialmente, fiquei na área de epidemiologia com orientação da professora Marilisa Barros, pessoa que me acolheu de forma muito cuidadosa. Passado o primeiro ano em que realizei as disciplinas de créditos obrigatórios e algumas optativas, iniciamos a reestruturação do projeto para sua execução. Após alguns meses de tentativas para um novo delineamento apoiado no modelo epidemiológico, ela percebeu que meu desejo estava deslocado e sugeriu que eu mudasse de área, considerando que a epidemiologia não era o meu interesse central e predominante. Então, fomos conversar com o professor Everardo Duarte Nunes que, àquela época, coordenava a área de Ciências Sociais em Saúde, mas estava sozinho devido à ausência das professoras que compunham o grupo; Ana Maria Canesqui, estava em recente aposentadoria, e Solange L'Abatte em pós-doutoramento na França.

Daí o professor Everardo, ao ouvir sobre minha trajetória no programa e ler o meu projeto, disse-me que havia sim uma pessoa que iria me orientar - o professor Carlos Botazzo. Este não pertencia ainda ao programa da Unicamp e o próprio Everardo solicitou a sua adesão para formalizar a respectiva orientação. Passou-me então, o contato telefônico de Botazzo para agendarmos o nosso primeiro encontro. Aqui registro mais uma vez minha gratidão ao Professor Everardo, pessoa responsável por eu ter tido esse feliz e frutífero encontro com Carlos Botazzo.

Aquele nosso primeiro encontro presencial se deu em 29 de julho de 1999, em sua sala de trabalho no Instituto de Saúde de São Paulo, localizado na Rua Santo Antônio, região central da capital paulista. Nessa primeira longa conversa que tivemos falei do projeto e de minha trajetória no doutorado até então, em que já havia realizado os dois seminários obrigatórios ministrados durante o primeiro e segundo semestres letivos pelos professores Everardo e Emerson Merhy, respectivamente,

disciplinas optativas ofertadas na Unicamp (com o professor Gastão Wagner e a professora Regina Benevides de Barros), e algumas também nas Faculdade de Saúde Pública e de Medicina, na Universidade de São Paulo (USP). Destaco que durante o doutorado optei por residir em São Paulo e não em Campinas, o que facilitou meu acesso a várias instituições acadêmicas. Naquele ano, também comecei a cursar uma disciplina na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no Rio de Janeiro, com professor Castiel. Após o primeiro encontro com Botazzo passei também a frequentar o Instituto de Saúde para as orientações individuais e para reuniões do seu grupo de orientandos que, no momento da minha chegada, estava discutindo a leitura do livro "Vigiar e punir: nascimento da prisão", de Michel Foucault (FOUCAULT, 1987).

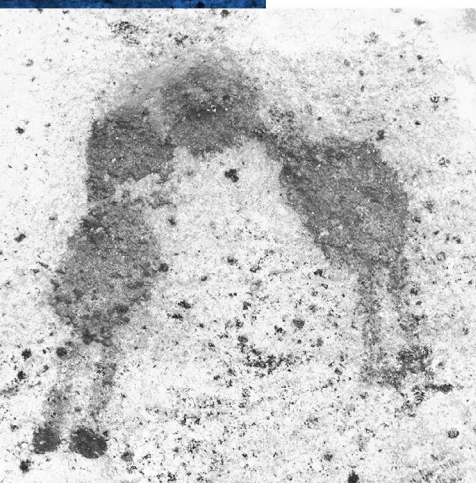
No meu doutoramento recordo que fiz uma verdadeira peregrinação nas universidades paulistas e redondezas, em busca de conhecimentos. Além daquelas que já citei, também frequentei disciplinas e cursos de extensão na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), no Instituto Sedes Sapientæ e na Faculdade de Psicologia da USP. Eu me sentia movida por uma fome de conhecimentos que, certamente, foi mais ainda estimulada pelas provocações intelectuais feitas por Botazzo. A primeira provocação foi fundamental para a tese e se deu já naquele primeiro encontro: a sugestão de leitura da biografia de Sigmund Freud para conhecer sua relação com o câncer de boca. Botazzo me contou que já havia ensaiado elaborar sobre essa relação entre o câncer de boca de Freud e a psicanálise, em outro momento, projeto que havia ficado interrompido. Convidou-me então a, dependendo do que eu achasse da leitura, escrevermos um ensaio posteriormente.

E lá saio eu daquele nosso primeiro encontro com a cabeça fervilhando em pensamentos e cheia de curiosidade em conhecer aquela história. No dia seguinte, ando pelos arredores de onde eu morava, em Perdizes, na mesma rua da PUC/SP, rodeada de livrarias e sebos, e compro a primeira biografia de Freud que encontrei. Comecei

a ler imediatamente – a biografia escrita por Ernest Jones (JONES, 1975), uma das principais por ter sido autorizada pelo biografado. Em seguida obtive mais duas – a de Peter Gay (GAY, 1989) e a de Max Schur (SCHUR, 1981). Esta, posteriormente, foi definida na pesquisa como principal, devido o autor ter sido o médico do enfermo em parte dos anos de adoecimento até os últimos dias de vida.

Dessas primeiras leituras brotaram algumas ideias que se concretizaram. A primeira se materializou em um ensaio apresentado em formato de pôster (Figura 1), durante o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Salvador/BA, ocorrido entre agosto e setembro de 2000. A reprodução do quadro de Francisco Goya, *Saturno devorando um de seus Filhos* (1820-23) ilustrou o texto com intuito de fazer alusão imagética à capacidade devoradora do câncer, diferentemente das intenções do artista, que remetia Saturno à imagem avassaladora do tempo que consome a vida humana (MARTINS, 2018).

Figura. 1. Imagem do pôster apresentado durante VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Salvador/BA, ano 2000 (SOUZA; BOTAZZO, 2000).



A PSICANÁLISE SILENCIADA: O CÂNCER BUCAL DE SIGMUND FREUD.

Sem dúvida aquele pôster foi um convite provocativo a curiosos e interessados, cujos muitos comentários positivos me surpreenderam e, por pouco, o trabalho deixou de receber a primeira classificação da premiação da comissão avaliadora do grupo temático Saúde Bucal. O tema se mostrou original para aquele grupo e despertou reflexões sobre a dimensão humana do adoecimento bucal. O câncer de Freud o fez mudar seu modo de viver, impondo-lhe esforço ao ato da fala e limitações em sua socialização, até mesmo para frequentar as reuniões da Sociedade Psicanalítica de Viena, o que o levou a instituir encontros mensais dos associados em sua própria casa. Em 16 anos foram mais de 30 intervenções cirúrgicas até que, em 1936, uma dessas lesões se manifestou outra vez maligna e, em 1939, uma nova tumefação maligna aparece localizada na base da órbita sem possibilidade de intervenção cirúrgica (SOUZA; BOTAZZO, 2000). A seguir, o trecho de uma de suas cartas a um amigo, testemunha aquele mal-estar.

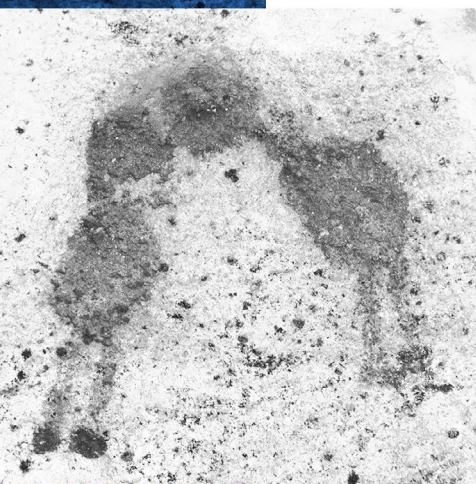
Não posso aguardar sua visita com o mesmo prazer que o fazia até agora, porquanto prevejo que ela traduz desapontamentos a você. Você pertence ao grupo daqueles que se recusam a acreditar que não sou mais o mesmo homem [...]. Vejo-me constantemente torturado por uma coisa e outra. Assim como por esta coisa simples de substituir uma prótese da mandíbula e pôr tudo em ordem. Mas o aparelho que uso não se encontra nunca em seu lugar e as tentativas para melhorá-lo ainda não terminaram. [...] Minha elocução tornou-se ininteligível, mostra-se adequada para as funções comuns, e seguramente melhorará mais adiante. Claro que posso mastigar e engolir, mas a minha (maneira de) alimentação não admite observadores. Estou lhe escrevendo tudo isto, primeiramente, a fim de que você esteja a par das coisas e, em segundo lugar, para que você não precise de indagar das minhas condições de saúde quando aqui chegar” (Trecho de carta de Freud a Eitingon, de 22 de março de 1924, citada por Schur (1981, p. 463-64).

A partir desse primeiro ensaio apresentado ao público, tivemos a certeza da importância de incluir o pai da psicanálise como um dos protagonistas das seis “histórias patográficas” que compuseram

o material empírico produzido na tese, que balizou as análises e discussões do tema *Câncer, bocas e subjetividades*. Falarei mais adiante sobre como chegamos à sustentação teórico-metodológica para tal empreitada.

Retomo agora o percurso da reformulação do projeto inicial *Câncer, pessoas, riscos e bocas* que resultou na nova versão com título *Bocas com câncer, indivíduos que sofrem: narrativas sobre um mal-estar bucal*. Este, então, deu seguimento à pesquisa que resultou no texto da tese. O guia para recorte do objeto foi a dimensão subjetiva presente no diagnóstico tardio do câncer de boca, isto é, as possíveis questões vivenciadas pelas pessoas, e não a busca de correlações causais diretas. O amadurecimento teórico adquirido nesse percurso acadêmico possibilitou fundamentar a pretensão em compreender o adoecimento de câncer de boca a partir das experiências narradas pelas pessoas que vivenciaram a doença e seus efeitos produzidos em suas vidas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Complexo Hospitalar de Heliópolis, local da pesquisa onde eu começara a acompanhar as aulas da Residência Médica em Cabeça e Pescoço por sugestão do professor coordenador e chefe do setor, o médico Marcos Brasilino de Carvalho (indicado a mim por Botazzo), que me recebeu com certa desconfiança de que tipo de trabalho seria aquele que eu pretendia fazer, mesmo que tivesse lido o projeto e feito sugestões para melhor ser acatado entre seus pares. Enquanto eu frequentava, semanalmente, as aulas para residentes - teóricas e visitas às enfermarias do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, aguardávamos a tramitação do projeto no Comitê de Ética do Hospital. Essa foi permeada por várias dificuldades de ordem burocrático-administrativa e epistemológica, exigindo modificações no texto e protelações em sua apreciação. Sua aprovação se deu apenas em fevereiro de 2001, após ter ocorrido uma negativa em dezembro do ano anterior.



Dirimida a desconfiança inicial, o professor Marcos Brasilino passou a ser um apoiador fundamental que, sem ele, eu não teria conseguido enfrentar e superar as resistências que encontrei naquele hospital para realizar a pesquisa. Na conquista dessa confiança de que eu seria capaz de realizá-la (não sendo médica, nem psicóloga e em sendo dentista que apenas iria observar o trabalho e conversar com pessoas doentes), ele me pediu para escrever uma breve biografia de Freud com enfoque no câncer, para publicar na Revista Virtual daquele hospital. Desconfiei que seria um teste da minha capacidade de escrita para ele e seus pares. A solicitação foi atendida e o texto publicado!

O professor Brasilino sempre foi bastante cuidadoso em me situar sobre as forças que constituíam aquele setor e a relação deste com a direção do hospital. Como estratégia para minha proteção, colocou a psicóloga do setor no papel de preceptora, a quem eu recorria sempre ao chegar no ambulatório e só iniciava a entrevista com algum ou alguma paciente, após passar pela avaliação dela. Compreendi, posteriormente, que teria sido também a forma de negociar a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética do Hospital. Em meio aquele ambiente ocupado predominantemente por médicos homens, a presença de uma mulher, a psicóloga Clarice Bisordi, foi para mim um alento, por sua sensibilidade e paciência em lidar com aquela situação. Encontrei também muito apoio no pessoal técnico auxiliar, composto na maior parte por mulheres. Naquele lugar, senti pela primeira vez na relação de trabalho, o peso forte do que poderia ser denominado de “machismo institucional”.

Dando continuidade às atividades de orientação com Botazzo, no Instituto de Saúde/SP, prosseguimos com as sessões sistemáticas conjuntas com outras pessoas orientandas do referido professor e, individualmente, em que se deu o acompanhamento ao desenvolvimento da pesquisa – sobre o laborioso campo, as análises

advindas do material, as discussões sobre o conteúdo da bibliografia utilizada e a elaboração do texto que comporia o formato final da tese. Os encontros coletivos foram momentos ricos de debates e leituras conjuntas em que conheci pessoas muito queridas, entre as quais Fabiana Schneider, Cissa Oliveira, Renata Mota e Rebeca Barros.

Relembro os momentos individuais de orientação nas dependências do Instituto de Saúde ou em algum restaurante do centro paulistano em horário de almoço, geralmente seguido de uma caminhada pelas calçadas da Avenida São Luiz, do Largo do Arouche ou das ruas do Bixiga, que estimulavam as discussões, parecendo que cada passo aguçava uma nova ideia, um novo pensamento. Claro que Botazzo, de vez em quando, abria parênteses para comentar algum detalhe da arquitetura ou da organização do espaço urbano daquela região da cidade. Certamente aquelas sessões de orientação peregrinas não pretendiam ser o exercício aristotélico da peripatética⁴, mas remetia a muitas divagações e provocações em meus pensamentos e, em muito, contribuíram para minha formação além dos limites temáticos do objeto de pesquisa.

Retomo às definições metodológicas da investigação. A proposta de hestórias patográficas apoiou-se metodologicamente na proposta de hestórias clínicas feitas por Castiel (1999) em grafia substitutiva a usual “história clínica” médica, buscando dar expressão substancial às dimensões ficcional e factual contidas no relato clínico. Inspirada nessa ideia, agreguei outras referências como a patografia em perspectiva literária referida por Anne Hunsaker Hawkins (HAWKINS, 1998; 2000) e, por fim, acessei os relatos patográficos descritos por Pedro Lain Entralgo (ENTRALGO, 1998) em seu clássico *La história*

⁴ A escola peripatética refere-se à escola e à filosofia de Aristóteles (384-322 a.C.), no Liceu (*Lúkeion*). Este localizava-se num ginásio, em Atenas, um bosque devotado a Apolo Lício (Apolo Lykeios). Nesse jardim, era habitual o mestre passear (*peripatein*) por entre as árvores com os seus discípulos, daí o nome. Perípato (Peripatos) para a escola e peripatéticos (*peripatoi*) para os seus membros (WERMAN; MACHADO, 2016).

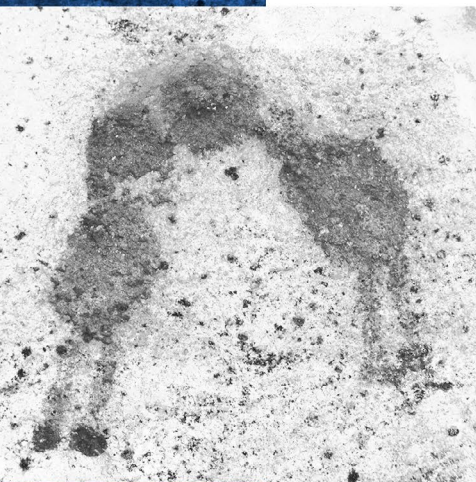
Clinica, indicação encontrada em uma das leituras epistemológicas de Juan Samaja (SAMAJA, 1999). A leitura do compêndio de Entralgo, em especial, foi muito esclarecedora e decisiva, porque nela encontrei uma descrição taxonômica de patografias associada aos vários modos de conceber a clínica médica, em diferentes contextos históricos e explicações causais de saúde-doença.

Ao longo do compêndio de mais de 700 páginas, na taxonomia descrita pelo autor, destaco a relação entre patografia e vida que ocorreu com a emergência da psicanálise como uma contribuição central para a estratégia metodológica adotada na tese. Com a psicanálise dá-se o reconhecimento do inconsciente psíquico na patografia. Imediatamente, percebo a noção de patografia e vida se articular com as histórias clínicas propostas por Castiel em que são considerados os aspectos factuais e imaginários sobre a doença e sobre o que o sujeito faz de si mesmo, pois para Sigmund Freud a realidade psíquica é também realidade biográfica.

“[...] Subsiste o fato de que o paciente criou essas fantasias por si mesmo, e essa circunstância dificilmente terá, para a sua neurose, importância menor do que teria se tivesse realmente experimentado o que contém suas fantasias. As fantasias possuem realidade *psíquica*, em contraste com a realidade *material*, e gradualmente aprendemos a entender que, *no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*” (FREUD, 1996b: 370) (grifos no original).

Com a psicanálise, a história clínica desloca-se da descrição neutra da patologia para a descrição do doente e de sua vida. Esta seria uma das maneiras de dar escuta ao doente, naquilo que está além dos sintomas e sinais anátomo-clínicos das patologias.

Desse engendramento conceitual que está bem mais detalhado ao longo do texto que compôs a tese e que aqui faço um esboço muito sintético, chegamos às histórias patográficas a partir



dos relatos narrados pelas pessoas entrevistadas (uma mulher e quatro homens). Mas surgiu outra questão: como justificar a inclusão de uma sexta narrativa, a de um homem morto, se eu não poderia entrevistá-lo? Então, fomos encontrar apoio teórico-metodológico na noção foucaultiana de escritura epistolar como ato confessional para apoiar metodologicamente a inclusão de Sigmund Freud entre os participantes da pesquisa.

Recorremos à ideia de “narrativa epistolar de si próprio”, de Michel Foucault, como suporte teórico-metodológico para realizar tal aproximação.

A carta faz o ‘escritor’ presente àquele a quem a dirige. E presente não apenas pelas informações que lhe dá acerca da sua vida, das suas atividades, dos seus sucessos e fracassos, das suas venturas ou infortúnios; presente de uma espécie de presença imediata e quase física. [...] Escrever é, pois, ‘mostrar-se’, dar-se a ver, fazer aparecer o rosto próprio junto ao outro. E deve-se entender por tal que a carta é simultaneamente um olhar que se volta para o destinatário (por meio de missiva que recebe, ele sente-se olhado) e uma maneira de o remetente se oferecer ao seu olhar pelo que de si mesmo lhe diz. De certo modo, a carta lhe proporciona um face-a-face (FOUCAULT, 1992, p. 149-151).

Para Michel Foucault as narrativas autobiográficas e as cartas, transcritas, publicadas e comentadas, são também formas confessionais que se estabeleceram nas mais variadas relações, inclusive naquela que se dá entre médico e paciente, em que a obtenção da confissão e seus efeitos são recodificados na forma de operações diagnósticas e terapêuticas, a partir de uma codificação clínica do ‘fazer falar’ e de um método de interpretação (FOUCAULT, 1985). Nesse sentido, compreendemos que o nosso recurso metodológico da narrativa de doentes para construção das histórias patográficas está também permeado pela técnica confessional, seja nas entrevistas ou nas cartas e biografias.

Resolvido esse impasse metodológico havia mais outra questão: como selecionar as cartas de Freud? Renato Mezan cita que o historiador alemão Gehard Fichtner fez o levantamento das correspondências de Freud e compilou um total de 4.899, das quais 3.123 já tinham sido publicadas até 1989 e, até então, 1776 eram inéditas (MEZAN, 2000). Diante desse desafio, outra vez a busca bibliográfica em sebos, físicos e virtuais, nos colocou em contato com uma amostra intencional e qualificada de 315 cartas selecionadas e organizadas em obra denominada *Epistolário de Freud 1873 a 1939* que, segundo seu filho, organizador da obra, as escolheu entre mais de 4 mil disponíveis para ele naquele momento. São correspondências com caráter mais pessoal que revelam a natureza da relação de seu pai com outros homens e mulheres que conheceu, amigos e familiares, bem como suas reações diante das próprias experiências emocionais, artísticas e filosóficas (FREUD, 1963). Além deste epistolário, usamos informações das biografias que contém relatos dos biógrafos e trechos da correspondência trocada por Freud e seus amigos, discípulos e personalidades diversas.

Obtivemos então seis histórias patográficas - cinco relativas aos doentes entrevistados que foram alcunhados de ÁGUA, TERRA, AR, FOGO e SANGUE e a sexta relativa a Sigmund Freud. Essas histórias e os registros de diário de campo compuseram o material empírico da pesquisa, cuja análise produziu o texto final da tese (SOUZA, 2003).

Nos capítulos 1 e 2, apresento a construção metodológica sobre a escolha pela histórias patográficas e a descrição analítica da produção do campo, respectivamente. No último são ilustrados o percurso em que o objeto foi sendo construído desde as observações e realização das entrevistas. Para reflexão e elaboração teórica dessa trajetória, apoiamo-nos em Marília Amorim (2001) para

quem o trabalho de campo é produzido numa relação dialógica entre pesquisador e campo pesquisado, que dá passagem às várias vozes evocadas em sua realização. Produção de alteridade, sobretudo, é o que a autora nos convida a refletir ao relacionar as figuras mascaradas da mitologia grega - ou aquelas, que em seus ritos se usavam máscaras - que representaram a relação dos gregos com o seu Outro – Ártemis, Dioniso e a Górgona Medusa. Alusões metafóricas da alteridade que se processa quando o pesquisador está no campo de investigação.

Na pesquisa, Ártemis seria a alteridade que permite elaborar, representar, traduzir, a que produz a conceitualização. Dioniso seria o saber que ele não consegue reconhecer e, portanto, não é objetivável no discurso científico. A Górgona traduz a alteridade extrema, seria aquilo que rompe de forma absoluta com as possibilidades de percepção do pesquisador, seja no pavor ou no fascínio (AMORIM, 2001).

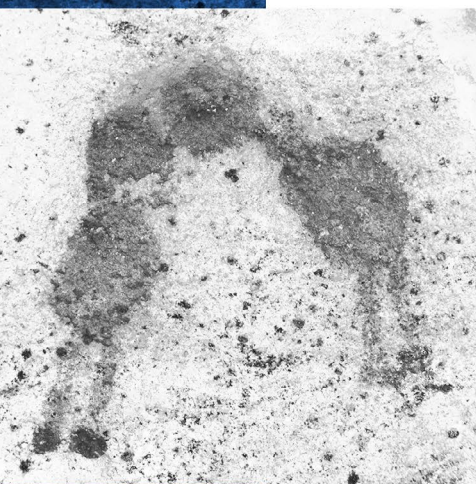
Tais proposições nos ajudaram a compreender a impressão inicial de pesquisadora ao entrar em campo como se estivesse em uma ilha desconhecida, referindo-nos às obras literárias de Michel Tournier, *Sexta feira ou os limbos do pacífico* (TOURNIER, 1991), e de José Saramago, *Conto de uma ilha desconhecida* (SARAMAGO, 1998). Nossa intenção foi deslocarmo-nos das explicações de reflexividade na pesquisa para enfrentarmos os efeitos de alterificação produzidos no fazer da investigação, compreendendo que estes são inerentes à própria relação sujeito-objeto. Alterificação no que Felix Guattari (1998) denominou de domínios de alteridade múltiplos. Entre aqueles efeitos destaco o produzido pela entrevista de Água que me impactou, de modo a me deixar sem retornar ao ambulatório por mais de um mês, mas que me inspirou, posteriormente, à reflexão e à elaboração textual. Com a contribuição da leitura de Marília Amorim, pude transitar

das imagens da Górgona a Ártemis e sair do impasse imobilizador. Apresentamos no referido capítulo, um relato com base nas anotações de campo, entremeadas de comentários pertinentes ao construto teórico que fomos delineando e, ao mesmo tempo, evidenciando os efeitos de subjetivação também produzidos na pesquisadora.

Nos capítulos seguintes, desenvolvemos as temáticas que o material empírico nos provocou de reflexões sobre conteúdos presentes na relação processo saúde-doença e práticas de saúde-cuidado. No capítulo 4, compomos o entremeio do adoecer de câncer: vida, sofrimento, risco e morte. Abordamos então, esses temas presentes no adoecer de câncer de boca. A morte anunciada em uma vida pulsante e o risco de adoecer no viver que se constitui perigoso, clamando cuidado e sofrendo descuido.

O processo saúde-doença, compreendido no ciclo vida-morte, coloca para os profissionais a necessidade de controlar e curar doenças, salvar vidas. Coloca-lhes, também, a necessidade de saber lidar com os limites do conhecimento científico e das técnicas, com a autonomia do paciente e com a responsabilidade também com o morrer, já que a morte é constitutiva da vida e, se tratamos desta, cabe-nos tratar também das suas vicissitudes – a morte, a dor, o sofrimento, mesmo quando a técnica e a ciência ainda não dispõem de recursos eficazes - necessidade de voltar-se para o humano do adoecimento com o qual, na maioria das vezes, não sabemos ou não somos preparados para lidar.

Na morte anunciada, no seu não-dito, dialogamos com autores que discorrem sobre a condição trágica do humano, da consciência da morte, e de como, na história, as sociedades foram lidando com esse drama. Norbert Elias, na dimensão civilizatória do enfrentamento da morte (ELIAS, 2001); Edgar Morin, na visão bio-antropológica do morrer humano (MORIN, 1988; 1997) e Michel Foucault, com a



produção histórica do poder sobre a vida e sobre a morte na sociedade ocidental (FOUCAULT, 1985a).

Para discussão do viver arriscado, tomamos mais uma vez o pensamento de Michel Foucault como ferramenta para ensaiarmos uma proposta de ampliação das práticas de promoção à saúde – para além do controle de riscos, incluímos noções de “cuidado do viver”, preservando a autonomia dos “sujeitos em produção” por meio de uma “ética de si” que é também produção do mundo, na luta agonística da liberdade, como nos sugeriu o pensador francês (FOUCAULT, 1985a; 1998).

No capítulo cinco destacamos a bucalidade entre sofrimento e desejo, deixando em evidência sua condição de lugar de prazer, satisfação e interdição. Partimos do conceito original de bucalidade (BOTAZZO, 2000) sobre os múltiplos significados da boca em sua dimensão civilizatória, em se que articulam manducação, erotismo e linguagem, e dialogamos com outros autores que ilustram tais características presentes na cultura (MORIN, 1997; BATAILLE, 1994; CANETTI, 1995) e no psiquismo humano (FREUD, 1996; 1996a), para compreendermos a expressão da bucalidade entre sofrimento e desejo nos relatos patográficos analisados.

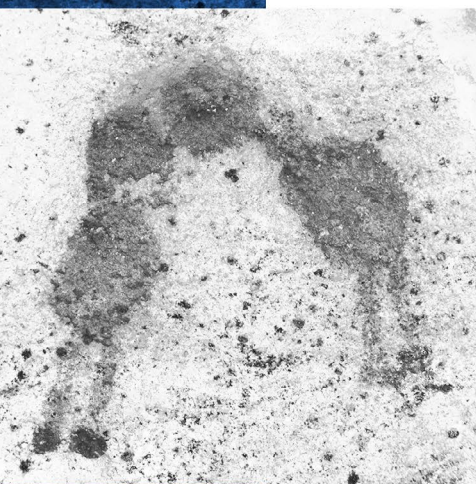
Nos capítulos seis e sete, discutimos a relação adoecimento e práticas de saúde-cuidado. As dualidades objetivo-subjetivo, clínico-epidemiológico, clínica-saúde coletiva que nos fizeram recorrer às indagações filosóficas sobre a forma dicotômica e polarizada de pensarmos e atuarmos, em que subsiste a lógica do terceiro excluído ou conjuntista-identitária (CASTORIADIS, 1987; 1997), (BENEVIDES DE BARROS, 1994). Buscamos compreender tais dicotomias para buscar superá-las ou transgredi-las. Os reclames individuais, que são também produções coletivas, exigem a necessidade de ampliação da clínica para lhes dar voz e escuta.

Na relação da clínica com o contemporâneo (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2000) consideramos este nas intervenções que fazemos sobre a vida e naquilo que ele nos convoca a refletir: nossas concepções de corpo, de saúde, de risco, de sofrimento, de vida, de morte. Na clínica em saúde bucal, ele também repercutiu no fortalecimento da “odontotécnica exclusiva” que se nega e se omite de ver, de dar escuta e de interferir no sofrimento e nas necessidades bucais, entre elas as colocadas pelo adoecimento de câncer de boca. Dessa forma, constitui-se e institui-se, cada vez mais, enquanto prática que se deixa consumir e que consome o protésismo, também contemporâneo.

Propomos uma clínica que podemos reinventar, também em saúde bucal, devendo ser de acolhimento e de desvio, reinventando-se e construindo-se, cotidianamente, com competência técnica e compromisso ético, estético e político (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2000; 2001). Uma clínica que, aliada à saúde coletiva e dentro dos mesmos propósitos, seja uma biopolítica em favor da vida. Para ilustrar tais reflexões, realizamos um ensaio a partir de obras dos pintores Francisco Goya e Maurits Escher, representando uma Anti-Clínica, uma Clínica de Acolhimento e uma Clínica de Desvio.

Ao final, consideramos que compreender o sofrimento humano que o adoecer de câncer produz e, ao mesmo tempo, perceber como se processa a relação entre doentes e cuidadores de saúde (serviços de saúde) com o sofrimento, poderá nos indicar formas mais humanas e, portanto, mais cuidadosas de lidar com os doentes e de atuar na prevenção, no tratamento e na reabilitação da doença.

Eis a tese que produzimos a partir daquele encontro em julho de 1999. Nos trâmites acadêmicos, o exame de qualificação foi realizado e aprovado em 19 de dezembro de 2001 com o texto intitulado *Bocas com câncer, indivíduos que sofrem: narrativas*



sobre um mal-estar bucal. A banca examinadora composta pelos professores Everardo Duarte e Gastão Wagner, presidida pelo professor Carlos Botazzo destacou a pertinência, originalidade e adequação metodológica da investigação. A elaboração da tese se deu nesse clima de agitação de pensamentos, desde as sessões de orientação aos demais cursos e atividades que participei naquele período até o dia 27 de fevereiro de 2003, momento em que se deu a defesa da tese, no limite do prazo regulamentar. A banca, presidida pelo professor Botazzo teve a participação dos professores Everardo Duarte Nunes, Ricardina Giovana Pitelli da Guia, Paulo Capel Narvai e Ausonia Favorito Donato. Em 2011, o texto da tese adaptado⁵ foi publicado em formato de livro de título *Doença, narrativa e subjetividades: patografias como ferramentas para a clínica* (SOUZA, 2011) aprovado em edital da editora universitária da UFRN.

Concluiu-se assim um ciclo importante que foi fundamental para os períodos da carreira docente que me aguardaram na UFRN. Mudei para Natal dois dias após a defesa de tese e deixei em São Paulo amizades preciosas que perduram até hoje em afetos e lembranças de um tempo-lugar vivido com toda a intensidade intelectual e afetiva de experimentação subjetiva.

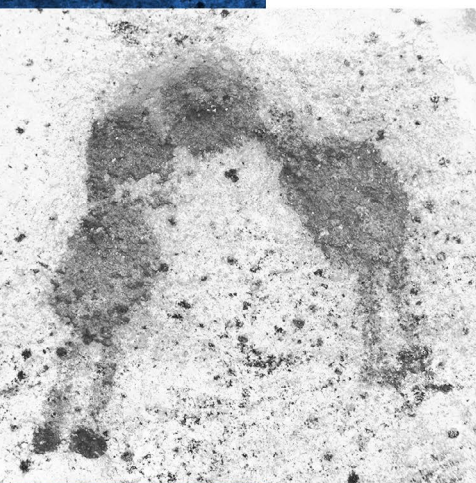
Passadas duas décadas, encontro-me virtualmente com algumas pessoas daqueles tempos e com Botazzo para falar do que fizemos, menos por saudosismo, e mais para afirmar a memória do passado como exercício político para pensar o presente, isto é, no que essa produção sobre Bocas, Câncer e subjetividades pode contribuir para responder algumas questões que continuam abertas esperando por respostas ou que, ao serem respondidas, possam ter gerado novas questões em tempos atuais. O câncer de boca

⁵ Na adaptação do texto para o livro, retiramos o capítulo 2 (O pesquisador em uma ilha desconhecida) que descreve e analisa as anotações do diário de campo e substituímos a grafia de "hestórias patográficas" por histórias patográficas, considerando a pouca aceitação dessa grafia em tentativas anteriores de publicação em outras editoras.

ainda continua com diagnóstico tardio e, de certa forma, oculto no cotidiano da prática clínica odontológica. As provocações feitas para a reinvenção de outra clínica que considere o sujeito em suas necessidades bucais, de forma ampliada, ainda clamam por um fazer que supere rótulos, protocolos e se redefina conceitualmente em seus modos de fazer, técnico, ético, estético e político.

Vivemos no atual momento o desafio de enfrentar a pandemia da covid-19. Considero que essa pandemia acelerou a urgência social que exige colocar o princípio da equidade em evidência prática tanto quanto a integralidade e a universalidade foram buscadas ao longo desses anos de construção do SUS. Esse tripé doutrinário do SUS urge ser concretizado e vejo pequenas frestas de oportunidade nessa crise sanitária que se tornaram mais visíveis com a pandemia. Em meio a todas as mazelas e às iniciativas solidárias advindas da situação pandêmica, a insuportabilidade do modo desigual e injusto da convivência humana está escancarada e poderá ser uma brecha para fazer gritar essa dor intolerável e mostrar que não é uma dor que diga respeito apenas a desvalidos e desvalidas da proteção do Estado brasileiro, mas é uma dor social e de alcance planetário, que nós temos responsabilidade em fazê-la parar.

Essa conversa me instigou a pensar que ao escutar doentes de câncer de boca eu pude olhar e pensar a clínica de forma diferente. E diante dessa urgência social por equidade, eu penso que precisamos dar escuta às vozes silenciadas pela injustiça social, para poder encontrar formas de melhor cuidar das necessidades de saúde dessas pessoas. Esse é um desafio intergeracional que nos provoca e convoca à responsabilidade individual e coletiva.



A PSICANÁLISE SILENCIADA: O CÂNCER BUCAL DE SIGMUND FREUD

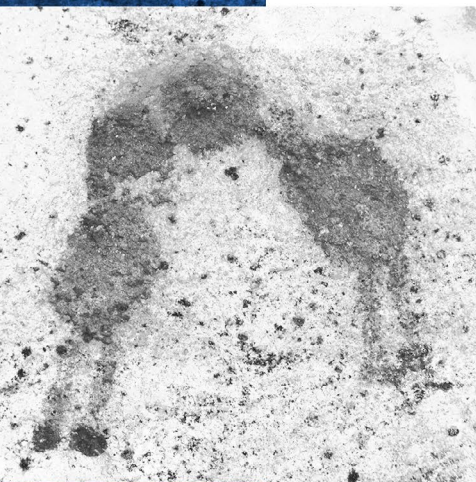
Carlos Botazzo

Numa certa tarde do ano 1999 recebi uma ligação do professor Everardo Duarte Nunes, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor Everardo tinha sido meu orientador de tese, um trajeto concluído havia quase dois anos antes. Carlos, ele me dizia, estamos aqui com uma aluna, a Elizabethe, e ela tem um projeto para o doutorado que pode te interessar. Ainda não chegamos a um encaminhamento adequado e eu gostaria de saber se você pode recebê-la para uma conversa. Do que trata o projeto, perguntei. É sobre câncer de boca. Semestre passado ela esteve com a professora Marilisa Berti, porque pensava fazer uma epidemiologia do câncer bucal e depois veio passar uns meses comigo. Acho que ela está um pouco insatisfeita, parece que ainda não encontrou um caminho. Você poderia fazer a grande gentileza de falar com ela?

Meado dos anos 1999, fim já anunciado do século, temido fim do milênio. Raios e trovões. O que estaria por vir? Aquiesci com o pedido do professor e aguardei que Elizabethe entrasse em contato. Então eu já havia buscado informações sobre ela: Rio Grande do Norte, Natal, Betinha.

Ela veio até mim no Instituto de Saúde. Reunião longa, a tarde inteira. Creio que esta foi a única reunião formal que fizemos. Tudo o que havia para ser dito, o foi neste dia, nesta única reunião. Desde então, de lá para cá não mais reuniões, apenas encontros e trocas. E trabalho de investigação.

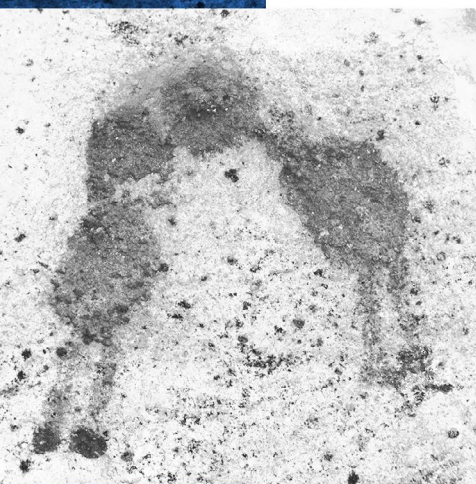
Retornei a ligação com o relato da conversa e as minhas [boas] impressões sobre o projeto e a pesquisadora. Se você quiser, eu disse,



posso ficar lhe ajudando com o projeto. Não, foi a resposta, você vai orientar. Vou encaminhar seus dados à secretaria da pós para seu credenciamento. Assim, Everardo confirmava para mim o que dias antes dissera à Betinha e que, todavia, eu ignorava. Não lembro exatamente como isso se passou, figurando como se eu tivesse dito que o projeto era bom e não que seria eu o orientador. Para mim, isso havia tomado forma na sequência. De certo modo pareceu natural, pareceu bem.

Meu interesse por câncer de boca não era significativamente distinto de tantos outros colegas de profissão. Havia lido *Tommasi*, um clássico brasileiro em diagnóstico bucal, e pouca coisa mais. O câncer de boca de Sigmund Freud havia entrado no meu radar quando do tempo que visitava colegas do Instituto Sedes Sapientiae e só foi despertado na fase final da investigação do meu projeto de tese. Terminava de ler o *Mal-estar na civilização*, livro em que Freud (1978) discute o estranhamento entre homem e natureza, no espaço criado chamado cultura, e assenta formas muito instigantes de pensar a extensão corporal por meio de ferramentas, órteses e próteses. Tais extensões conduzem Freud a pensar o homem como um estranho animal que “estende” seu corpo por meio de dispositivos que ampliam sua força ou que lhe permitem potencializar ou simplesmente substituir pedaços ou partes perdidas do próprio corpo. Freud dirá que esta prática dominava o cenário cultural do século XX e que finalmente o homem havia se tornado um “deus de prótese”. Fiz esse registro no último capítulo da tese.

No entretanto, havia caído nas minhas mãos uma novela de Anthony Burgess (1982) que ostentava o curioso título de *As últimas notícias do mundo*. E este livro mudou minha forma de entender o caso de Freud com sua boca. E, naturalmente, com as próteses. O livro de Burgess, na verdade uma trilogia, vinha redigido com uma característica notável, expressando um estilo de escrita que fazia com que se parecesse “literatura de rodoviária” ou de folhetins de segunda



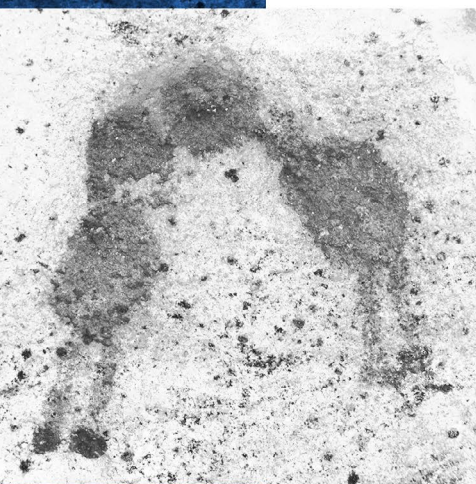
classe, uma sublitteratura. Ele faz essa afirmação no prefácio, esta parte sim em fiel consonância com seu anunciado propósito. Daí em diante, surgem três histórias de alta densidade narrativa: uma “ópera rock” que põe na cena a passagem de Leon Trotsky por Nova York em 1917; uma novela de ficção científica, com um planeta errante – *Linx* – que penetra o sistema solar e colide com a Terra no ano 2000, compondo, em cascatas de invectivas, pavorosa e derradeira hecatombe; e finalmente uma biografia livre de Sigmund Freud. Literariamente livre e, no entanto, amplamente ancorada em fatos históricos. Foi esta biografia que abriu a senda de outras leituras que vim oportunamente a fazer, incluindo a renomada biografia de Peter Gay (1995). Embalado, compus pequeno resumo, como se fosse para apresentação em algum congresso ou esboço de futura investigação e pomposamente o denominei de “O câncer bucal de Sigmund Freud. A psicanálise silenciada”. Compus e, como sempre, o resumo foi parar numa gaveta.

Foi quando apareceu a Betinha.

Sobre o câncer bucal de Freud já se escreveu muito e Betinha aqui mesmo nesta coletânea nos brindou com uma bela narrativa. Importa destacar pequenos traços. Na primavera de 1923, Freud teve seu câncer confirmado e logo parcialmente extirpado por Marcus Hajek, um rinologista de Viena pouco conceituado. Esta primeira manobra foi realmente desastrosa e Freud só não foi a óbito por circunstâncias fortuitas. Na verdade, desde 1917 ele suspeitava haver “algo a mais” em sua boca, do lado esquerdo, “um inchamento doloroso” próximo ao palato mole. Como muitos, também neste caso o ilustre paciente empurrou o destino para frente. Somente quando a lesão se anunciava de modo claro e robusto, Freud decidiu mostrá-la ao seu clínico geral, Felix Deutsch. “Prepare-se”, ele teria dito, “para ver algo que o senhor não vai gostar”. De fato, Deutsch não gostou. E assim Freud foi parar num hospital na periferia de Viena. A cirurgia a que se submeteu foi cheia de acidentes, com remoção incompleta

da lesão e corte, provavelmente sem ligadura, de vasos do palato. Já durante os procedimentos sobreveio forte hemorragia e, mesmo assim, tudo terminado, Freud foi conduzido a uma pequena sala de recuperação, sem assistência, sendo mantido em decúbito dorsal numa maca. Ainda sob efeito de anestésicos, o paciente afogava-se em seu próprio sangue. Um anão – “retardado, porém simpático e amigável”, segundo Anna Freud - que ocupava o leito contíguo, vendo a cena, gritou inutilmente por socorro e finalmente saiu em busca de ajuda. Por pouco a enfermeira que acudiu não o encontrava morto. A esta primeira cirurgia, sucederam-se outras 30, duas por ano de vida. Naturalmente, o cirurgião já não era o mesmo desastrado do início e sim Max Schur. Este era cirurgião de cabeça e pescoço, tendo depois se tornado psicanalista e um dos biógrafos de Freud. Ao final, com a contínua expansão do tumor, não restava mais mandíbula nem maxila e uma boca desarticulada e destituída do arcabouço ósseo só era mantida em posição por uso de próteses metálicas, articuladas e cada vez mais extensas, cujo processo de colocação e retirada, que lhe provocava dores excruciantes, veio a constituir episódio à parte (GAY, 1995, p. 382 e ss).

Esta cena trágica e a um só tempo verdadeiramente histórica me pôs em pensamentos sobre os limites das restaurações dentárias e me conduziram a consolidar o conceito de protesismo, algo que antes havia formulado como o signo de sucesso da profissão. Apareceu como *nonsense* imaginar uma boca socialmente mutilada para depois ser socialmente reconstruída e *onde o dente artificial vem a ser superior ao natural*. Com tantas conexões, não é de admirar que Betinha sempre falasse em sincronicidade ao invés de coincidência. Mas co-incidência, para mim (já que não gosto de Jung), tem a ver com a in-cidência, algo que incide sobre ou que se dá junto, com. E assim foi essa nossa in-cidência co-incidente....



As in-cidências, todavia, continuaram. No ano seguinte à chegada de Betinha, a Comissão Editorial do Instituto de Saúde editou o primeiro volume da série *Temas de Saúde Coletiva*, que posteriormente se consolidou como uma das mais profícuas da sua linha de publicações. Esta coletânea buscou organizar reflexões em pedagogia e mais especificamente na formação em serviços, tomando o consagrado [e posteriormente assassinado] Programa de Aprimoramento Profissional como tema. Contribuí com um ensaio em que abordei a relação entre o professor e o aluno, tendo o projeto de pesquisa como mediador. Na introdução, pensei a especificidade dessa relação, seu caráter artesanal e individualizado. Mas ajuntei outras associações que se foram produzindo, e destaco algumas delas, inspiradas e bem-humoradas, como a de dizer que o orientador é aquele que sabe de que lado o sol nasce ou que o orientador é uma espécie de parteiro:

(...) deve-se destacar o papel orientador do mestre, fusão arbitrária da intencionalidade e da diretividade [pedagógicas] que ele manifesta. Orientar é atividade própria daquele que sabe. Sabe, no mínimo, o lado para onde fica o oriente, isto é, onde o sol nasce. É poderoso aquele que sabe e, mais ainda, se sabe onde o sol nasce. É verdade que nós, os sanitaristas, orientamos não apenas alunos, mas também os usuários dos serviços, de modo que sempre somos as pessoas que, ademais de poderosas, jamais estamos perdidas.

E mais adiante:

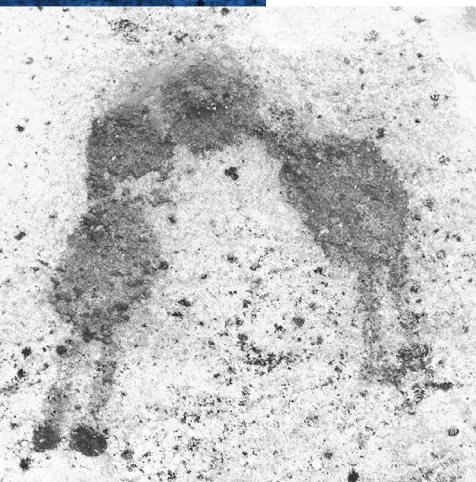
Seria útil imaginar que o orientador é como um parteiro. O parteiro, sabemos, ajuda a mulher durante o parto, mas nem a mulher nem a criança lhe pertencem. Ajudar a conceber não é o mesmo que conceber. O recurso aos clássicos é revelador. Descobre-se que essa posição é denominada *maiêutica*. Foi proposta por Sócrates, que assim definia a relação que tinha com seus discípulos. A mãe do filósofo fazia partos, isto é, *maiêusis*. A *maiêutica*, assim, é a posição do professor que sabe que ajuda o aluno em seu projeto, ajuda-o a vir à luz, porém também sabe que o projeto pertence ao aluno e não a ele. (BOTAZZO, 2000, p. 75).

E terminava afirmando a dupla função da formação pós-graduada, a de formar pesquisadores e professores, ressaltando tratar-se “de práxis social no melhor sentido do termo. Se dela resultar professores mais bem formados e orientadores mais dispostos ao diálogo, haveria ganho para a saúde coletiva” (idem, p. 76).

Não consigo fabular a produção de tais reflexões fora do âmbito das relações estabelecidas entre nós.

A tese de Betinha - *Bocas, câncer e subjetividades. Patografias em análise* - foi um sucesso de público e de crítica. O percurso inicialmente atribulado da investigação e o esforço intelectual e emocional investido foram amplamente recompensados. Lembro os desdobramentos teóricos, com autores e ideias que pareciam vir do nada, como se estivessem sendo sacudidas com o farfalhar das folhas dos livros. Mas, às vezes, ela parava. Se deixava ir pelas ruas ou a museus e livrarias ou simplesmente ‘desligava’. E aí, como estão as coisas, eu perguntava. Ah, não sei, esta semana dei um tempo para mim, estava precisando de ficar uns dias sem fazer nada, uma moleza assim, sabe?... A banca foi um episódio à parte, com a professora Ausonia em lágrimas do início ao fim, que se transformaram em copiosa lamúria aquando de sua arguição, que a custo foi concluída. As histórias dos sujeitos participantes, realmente tristes e pesarasas, lhe haviam impressionado e, a tal ponto, que ela, dias antes do exame, me ligou para dizer o quanto se sentia impactada com tudo aquilo.

No meu Lattes, registrei em “orientação concluída” o seguinte: *tese de doutoramento cuja pesquisa se desenvolveu com base na categoria bucalidade, por nós proposta em 1998 (...), tomando pacientes doentes de câncer bucal como caso, considerando cinco histórias clínicas ou “hestórias pantográficas”, na perspectiva de Pedro Lain Entralgo e Luiz David Castiel, mais o câncer bucal de Sigmund Freud. Este último ‘paciente’ foi inserido no trabalho por meio da análise do material arrolado nas biografias e na correspondência mantida*



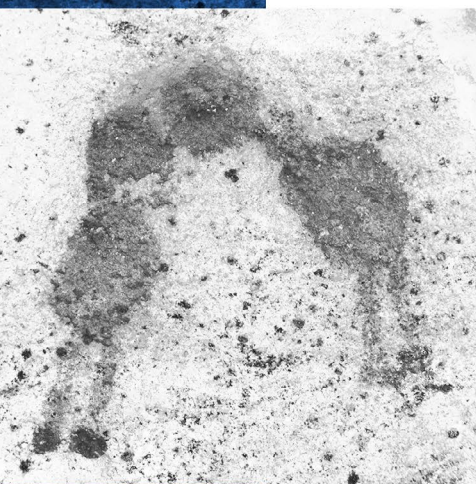
por S. Freud com numerosos interlocutores, nas quais se encontram abundantes referências à doença da qual finalmente Freud viria a morrer.

Naqueles primeiros anos de atividade docente e de orientação costumava preparar um pequeno comentário ao trabalho que então se concluíra. Muitas vezes eu o lia ao final da banca ou então, não sendo possível, era entregue ao novo mestre ou doutor. Não foi diferente com Betinha. Dei o seguinte título: *Bocas, câncer e subjetividades: os percursos (mal)elaborados do Nós e do Outro*. Penso que nele fiz o justo elogio da teoria e método adotados por uma pesquisadora criativa e rigorosa. Ter equiparado sua prosa com o estilo adotado por Foucault (1990) em *Las Niñas*, não foi mais que o reconhecimento devido. A seguir, ele vem transcrito tal como apresentado na banca em fevereiro de 2003.

Bocas, câncer e subjetividades: os percursos (mal) elaborados do nós e do outro.

Dos aspectos mais controversos das relações entre sujeito e ciência, ou dos sujeitos dos discursos científicos, resgata-se da tese da Elizabeth Cristina a específica antinomia que afirma não haver o sujeito da ciência, posto que a ciência não é constituidora de sujeitos, sendo este o específico papel reservado à ideologia.

Ou seja, apenas os sistemas de crenças propiciariam a emergência de sujeitos sociais adequados aos movimentos de transformação, posto que estes são diretamente condicionados pela ideia, sem que se vejam os sujeitos e seus sistemas de crença submetidos à necessidade da validação. Por isso, é posição da ciência política considerar como separados o mundo da política do mundo da ciência, posto que a política comparece ao lado da emoção, enquanto a ciência é, e decididamente, específica manifestação da razão. Tanto quanto seriam, nos dizeres de Edgar Morin (1999), poesia



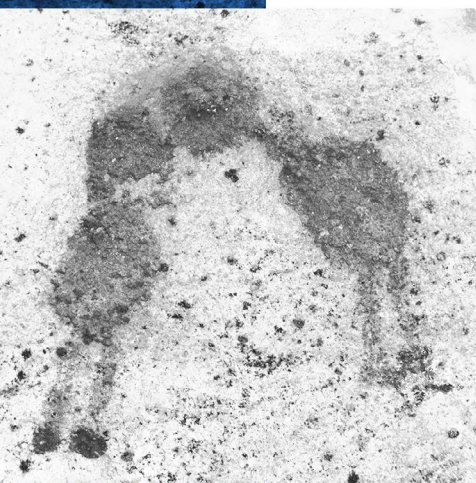
e prosa, emoção e razão respectivamente, manifestação intuitiva numa e elaboração lenta e acabada do pensamento noutra, uma e outra, no entanto, em relação de complementaridade. Daí as desconfianças quando cientistas se acercam do governo na posição de conselheiros, tanto quanto é motivo de desconfiança se a ciência aparece completamente subjugada pelos interesses da política (ISRAEL, 2001).

A tese da Elizabethe rompe essas polaridades e convida o leitor a experimentar o trânsito entre campos dispersos do saber e do conhecimento científico. Três vertentes podem ser distinguidas neste trabalho e cumpre delas fazer o comentário: a construção do campo, a interpretação do material empírico e os desdobramentos práticos do lado dos serviços de saúde.

Inicialmente deve-se destacar a estreita ligação entre a primeira e a segunda vertente, isto é, que há conexão forte entre campo de pesquisa e material empírico coletado, a conexão sendo garantida pela produção de sentido, e isto porque, antes, o próprio objeto vem arrastado nesta coleta e emerge em meio aos sucessivos sentidos parcelares que desde então se elaboram.

Aparentemente, a definição do campo, fase inicial em todo processo de pesquisa, é tomada como existindo desde sempre em sua densa positividade, cuja virtualidade seria rompida pela investigação, bastando ao pesquisador para lá se dirigir, seja se o campo for um lugar físico ou um grupo de pessoas ou um território ou simplesmente um banco de dados.

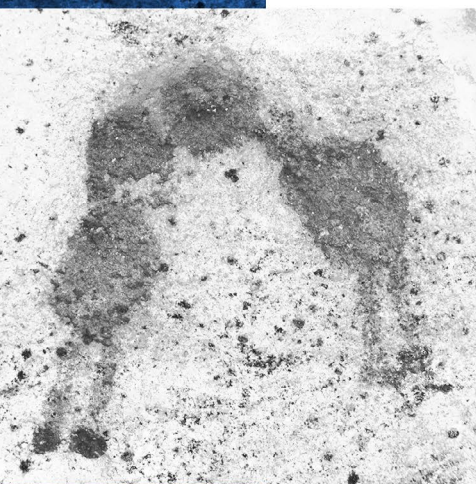
Aqui se poderia também dizer que “são muitos os estudos que... desdenham ora as referências teóricas como se fossem o real evidente, ora o trabalho de campo como se a teoria fosse fruto da especulação...” (MINAYO, 1991, p. 103). Minayo, nós o sabemos, entende o campo como o “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente



ao objeto de investigação” (idem, 105), ou seja, é desta conexão forte entre campo e objeto que Minayo está falando. Já imediatamente imaginamos, como Foucault, que os objetos não jazem ao pé do chão à espera de serem dali retirados, mas o objeto terá antes de ser produzido, de ser idealmente elaborado, como atividade do pensamento; similarmente o campo não é pré-existente à consciência do pesquisador, porque o campo fica claro o que se está dizendo, tanto quanto os objetos só significam para a pesquisa no momento em que se constituírem para o pesquisador, a subsunção mesma, o *virem a ser campo e objeto para mim e o modo como vieram a ser*.

É a este processo de internalização, como a ideação operatória de que trata Vieira Pinto (1985), que aqui se está denominando subjetivação do campo. Por implicar, a um só tempo, campo e objeto, já implica do mesmo modo o caminho que a pesquisa irá trilhar, o método que se irá utilizar. Aqui, outra vez, se poderia dizer que o objeto suscita o método, isto é, *o modo como o conhecimento será produzido condiciona o próprio conhecimento* (Vieira Pinto, 1985, p. 135).

Todas estas considerações nos remetem a pensar as relações entre representar e produzir sentido, ou o vir a significar das coisas. De fato, recentemente produziu-se entre nós o sentimento de que as investigações que têm nas formas de subjetividade o seu objeto já não deviam utilizar como referência teórica a categoria *representações sociais*, pois o que vale agora, se costuma dizer, não é capturar a representação, mas produzir um sentido. É preciso avançar com cautela quando se toma este caminho. É possível aqui e ali pretender dispensar a ideia de representação social, pois que esta, com seus conteúdos fixados, tenderia a reproduzir, fixa e estruturalmente, os mesmos significados. Sem dúvida, a sociologia de Durkheim (1988) contém este elemento. No entanto, é necessário ter claro que se por representações sociais se entende a *forma bruta* com que estruturas e fatos aparecem no imaginário social, estamos longe de considerar



adequadamente o problema. De fato, por frequentemente não considerarem que faz parte da vida cotidiana a elaboração subjetiva permanente das coisas, estruturas, fatos e objetos que nos cercam, na forma de todos os discursos possíveis, esse imenso mundo de verbalizações e ruídos que nos rodeia por inteiro desde o dia do nosso nascimento, e talvez antes mesmo dele, acabam os autores entendendo que as verbalizações dos sujeitos – na sua bruta imposição – “venha a ser o real evidente e que o que pensamos seja tão somente a imagem do pensado” (Minayo, 1991, p. 105).

A vida mesma, isto é, a condição de ser homem socialmente existente, põe como condição que tudo deve ser interpretado e permanentemente pensado, porque é da nossa condição o fato que desde pequenos somos induzidos a compreender o mundo e o nosso existir. Desse trabalho de elaboração não escapa ninguém, nem o alto nem o baixo proletariado, nem os grupos cultos ou os iletrados, e nem mesmo aos loucos escapam as interpretações das coisas que veem ou ouvem, se bem que estes, frequentemente, não consigam comunicar seus entendimentos. Dizendo de outro modo, ao abrir-se à escuta e ao se fazer o registro da representação, não é a natureza social emanada como *primeiridade* que estamos capturando, mas já é uma dada interpretação das coisas, já é uma posição política que escapa da boca daqueles sujeitos. Ou, como diz Zizek (1999, p. 17), a realidade, sempre, já é o real interpretado, onde “os fatos nunca falam por si, mas são sempre levados a falar por uma rede de mecanismos discursivos”.

Parecia também, pelo comentário precedente, que o trabalho de pesquisa se encadearia segundo uma ordem: primeiro a definição do objeto e o que dele já foi falado, depois o estabelecimento do campo, depois o ordenamento dos dados e finalmente o uso de ferramentas e dispositivos tecnológicos de produção de significados: tabelas, diagramas, árvores explicativas, distribuição segundo frequências, encontro das semelhanças e das diferenças, recorrência de palavras, ênfase esta ou aquela em sinais linguísticos etc.

Ora, ocorre dizer que estas coisas não andam tão separadas assim, que desde o momento em que um objeto se insinua, um sentido já começa a ser produzido. E sucessivamente entram em consideração e se insinuem aos nossos sentidos a formação do campo e o modo como se irá proceder, complexos conceituais em operação sinérgica, a produção imediata dos significados parcelares a que atrás se fez referência.

Desde o primeiro momento o projeto de pesquisa é pura subjetividade e permanecerá nesta condição e forma ainda por muito tempo, só escapando desta contingência à custa de muito esforço e de tentativas sucessivas de objetivação.

Representar não é o mesmo que representação social, porque representar é a suspensão das coisas; é tê-las *en suspension* e multiplicadas no nosso espírito, é a realização das operações mentais, o específico trabalho do pensamento, é em larga medida a abstração do mundo, quer dizer, de todas as coisas que nos cercam e a nós mesmos, porque a nós próprios a nossa realidade frequentemente nos escapa. E, todavia, as nossas sensações se perderiam miseravelmente se não tivéssemos como representar e se não encontrássemos da representação alguma forma de registro, a produção material dela mediante o uso do que Foucault (1990) denomina “instrumentos materiais da representação”.

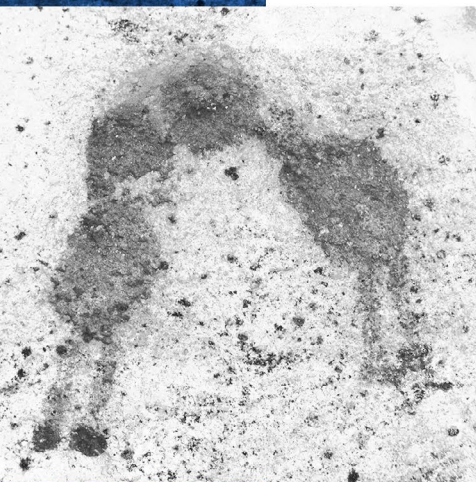
Coloco essas considerações a propósito de uma característica da tese que hoje examinamos. É que do trabalho de subjetivação a um só tempo do objeto, do campo de onde se o pode dividir e do modo como se o fará vir à luz, do trabalho de todas essas construções resulta em se ver produzido nelas o próprio pesquisador. É nele que se resolvem as relações entre representar e significar, entre sujeito e ciência, entre intuição (*ato singular da inteligência pura e atenta*) e a inteligência reflexiva. É aqui que o pesquisador se torna ele mesmo objeto e sujeito da pesquisa, é aqui que ele se torna o dispositivo tecnológico e material da interpretação do falado e de toda a massa

documental que pode distribuir em torno de si, porque agora já entra em diálogo com o outro e consigo mesmo.

Surpreende-nos o comentário do campo que esta tese faz, tanto quanto nos surpreenderia um quadro de Velásquez. Pensamos em *Las Meninas* e a interpretação de Michel Foucault (1990) colocada logo ao início do *As palavras e as coisas*, o magnífico ensaio que toma a representação como tema e a representação da representação, a duplicação das coisas e dos sentidos, o autor-pintor se representando a si mesmo, se vendo enquanto fazia e logo depois que terminava o trabalho, “ideal em relação ao que é representado, mas perfeitamente real, porquanto é a partir dele que se torna possível a representação”, o autor-pintor finalmente colocado fora da tela, porque – ao final da leitura saberemos – foi por meio do seu olhar, das suas mãos e da sua sensibilidade que certa realidade pôde ser representada e tornada sensível para nós. Tanto quanto a tela famosa, da qual se diz que a imagem parece sair da moldura, o material de que trata esta tese, as histórias patográficas de doentes de câncer, se torna para nós objeto material de leitura como que saltando do texto e ultrapassando os limites formais dos capítulos, como se a nossa autora tivesse ela também seguido o conselho do mestre de Velásquez.

Tanta luz tem finalidade exclusiva: impor o afastamento das sombras que até então vinham cercando doentes e doença, essa patologia não vista e não falada, cuja visualização já causa em nós certo desconforto, motivo de silenciamento e de obrigatório recolhimento.

Os casos aqui relatados indicam o acerto do comentário de Canguilhem (1982) sobre o frágil equilíbrio da norma. Doença e vida se acercam, se medem, se reconhecem reciprocamente, se encaram, se acertam no indefinido balé dos percursos da existência cotidiana. ÁGUA, FOGO, TERRA, AR, SANGUE e FREUD, em todos eles a utilização da fala enquanto é tempo, as palavras escandidas até o esgotamento, brandidas contra nosso rosto como se de escolhos



se tratassem; em todos eles, a vida íntima com seus segredos em recuo – quem poderia antes saber dessas coisas! - até o horror final do *vazio da boca esventrada*, a boca que come comendo-se a si mesma e levando consigo, autofágica, os restos de esperança de curas jamais alcançadas. Ecoaram e ainda ecoam nesta sala as palavras de Freud: *Je suis entièrement devenu Carcinome!* Eu me tornei inteiramente, eu agora sou câncer, dele eu retiro meu engenho, pois ele é a fonte da minha criação, e eu durarei enquanto ele durar (DESCHAMPS, 1997. p.129). Inquietantes palavras, pronunciadas bem antes que silenciasse o Pai da fala liberada! Quantos de nós conseguiriam transformar monstros que tais em obras férteis?

Basta o que estas pessoas disseram de si e dos seus processos. Não adianta ir atrás de correlações ou conexões, nada liga uma coisa à outra coisa, são escassos e delicados os liames que poderiam engrenar uma história à outra. Nem mesmo importa saber se estamos diante de um problema finalizado pois, nós já o sabemos, finalizado o problema não está. Condição existencial da pesquisa: afinal de contas, conhecemos não para saber, mas para ir de encontro a *novos desconhecidos*, a outros problemas, outros (des)conhecimentos (Vieira Pinto, 1985, pp. 437 e 497).

Importa é saber da escuta e do acolhimento, importa acolher o sofrimento como destino da doença, mas sem incorrer na banalização da dor do outro, o que importa é, como claramente venceu a Elizabeth Cristina, considerar a existência em sua contradição, diversidade e multiplicidade humanas, importa é ir atrás dessas “subjetividades carentes e dessas bocas desprotegidas de suas garras desejanter”, importa, finalmente, é ir atrás e encontrar outros modos de produzir saúde.

Ao longo das palavras, no fio mesmo em que elas se estendem, haverá um outro olhar! (“au fil de mots, un autre regard”).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: Apce-Abrasco, 1992.

ALTHUSSER, L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (Notas para uma investigação). In: ZIZEK, S. *O mapa da ideologia*. São Paulo: Contraponto, 1999.

AMORIM, M. *O pesquisador e seu outro*. Bakhtin nas ciências humanas. São Paulo: Musa Editora, 2001.

BATAILLE, G. Dicionário crítico. In: BATAILLE, G. *A mutilação sacrificial e a orelha cortada de Van Gogh*. Tradução de Carlos Valente. Lisboa: Hiena editora, 1994. p. 89-110.

BENEVIDES DE BARROS, R. Grupo: a afirmação de um simulacro. Orientadora: Suely Rolnik. 1994. 448 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. Coleção Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec. Fapesp, 2000.

BOTAZZO, C. *A formação do professor*. Temas de Saúde Coletiva, v. 1. São Paulo: Editora do Instituto de Saúde, 2000.

BOTAZZO, C. *O desenho de objetos em saúde coletiva*. Ensaio sobre o positivismo e outros modos de pensar em saúde. Tese (Livre Docência). Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2012.

BURGESS, A. *As últimas notícias do mundo*. São Paulo: Record, 1982.

CANETTI, E. As entranhas do poder. In: CANETTI, E. *Massa e poder*. Tradução de Sérgio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CASTIEL, L. D. *A medida do possível...* Saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Fiocruz Editora, 1999.

CASTIEL, L. D. *Moléculas, moléstias e metáforas: o senso dos humores*. São Paulo: Unimarco, 1996.

CASTORIADIS, C. Ciência moderna e interrogação filosófica. In: *As encruzilhadas do labirinto I*. Tradução Carmem Sylvia Guedes e Rosa Maria Boaventura. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

CASTORIADIS, C. Logos. In: CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto II*. Os domínios do homem. Tradução José Oscar de Almeida Marques. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

DESCHAMPS, D. *Psychanalyse et cancer*. Au fil de mots, un autre regard. Paris: L'Harmattan, 1997.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Ática, 1988.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ENTRALGO, P. L. *La história clínica*. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Editorial Triacastela, 1998.

FOUCAULT, M. A escrita de si. In: FOUCAULT, M. *O que é um autor?* Tradução de Antônio Fernandes Cascais. 3. ed. Portugal: Vega. Passagens, 1992.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade, 1*. A vontade de saber. Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. G. Albuquerque. 6. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade, 2*. O uso dos prazeres. Tradução de Maria Tereza Costa Albuquerque. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade, 3*. O cuidado de si. Tradução de Maria Tereza Costa Albuquerque. 6. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985a.

FOUCAULT, M. *La arqueología del saber*. Decimoprimer edición. México, DF: Sigloveintiuno Editores, 1985.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalheite. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREUD, S. *Mal-estar na civilização*. Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1978.

FREUD, E. (Org.) *Sigmund Freud*. Epistolário. 1873-1939. Tradução de Joaquín Merino Pérez. Madrid: Biblioteca Nueva, 1963.

FREUD, S. Conferência XX. A vida sexual dos seres humanos. In: FREUD, S. *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*. Parte III. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução de Jayme Salomão. v. XVI (1916-1917). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXI. O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: FREUD, S. *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*. Parte III. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução de Jayme Salomão. v. XVI (1916-1917). Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, S. Conferência XXIII. Os caminhos da formação dos sintomas. In: FREUD, S. *Conferências introdutórias sobre a psicanálise*. Parte III. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Tradução de Jayme Salomão. v. XVI (1916-1917). Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

GAY, P. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. Tradução de Denise Bottmann. 7ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GUATTARI, F. *Caosmose*. Um novo paradigma estético. Tradução de Ana Lúcia Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 1998.

HAWKINS, A. H. *A small, good thing*. Stories of children with HIV and those who care for them. New York: W. W. Norton & Company, 2000.

HAWKINS, A. H. *Reconstructing illness*. Studies in patography. 2a. ed. West Lafayette, Indiana: Purdue University Press, 1998.

ISRAEL, G. *Le jardin au noyer*. Pour un nouveau rationalisme. Paris: Ed. Seuil, 2001.

JONES, E. *Vida e obra de Sigmund Freud*. Tradução de Marco Aurélio de Moura Mattos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

MARTINS, S. Saturno devorando um de seus filhos, Francisco Goya. *História das Artes*. 19 março 2018. Disponível em: <https://www.historiadasartes.com/sala-dos-professores/saturno-devorando-um-de-seus-filhos-francisco-de-goya/>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MEZAN, R. As cartas de Freud. In: GALVÃO, W. N.; GOTLIB, N. B. (org.) *Prezado senhor, prezada senhora*. Estudos sobre cartas. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, 1991.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MORIN, E. *O homem e a morte*. Tradução Cleone Augusto Rodrigues. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MORIN, E. *O paradigma perdido*. A natureza humana. Tradução de Hermano Neves. 4. ed. Lisboa: Europa América, 1988.

MORIN, E. *Amor, poesia, sabedoria*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psi.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v.16, n.1, p. 71-79, 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 89-99, 2001.

PRADO, A. *Poesia Reunida*. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SAMAJA, J. *Epistemología e metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. 3ª ed. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

SARAMAGO, J. *O conto da ilha desconhecida*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SCHUR, M. *Freud: vida e agonia. Uma biografia*. Tradução de Marco Aurélio de Moura Mattos. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

SOUZA, E. C. F. Câncer: pessoas, riscos e bocas. *Projeto de pesquisa submetido ao processo seletivo para ingresso no Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas*. Campinas/SP, [1997]. Arquivo Word.

SOUZA, E. C. F. *Bocas, câncer e subjetividades: patografias em análise*. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2003. 268 f. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/308533>. Acesso em: 27 abr. 2021.

SOUZA, E. C. F. *Doença, narrativa e subjetividades: patografias como ferramenta para a clínica*. Natal: EDUFRN, 2011.

SOUZA, E. C. F. *Memorial. Memorial para progressão para professor titular*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2019.

SOUZA, E. C. F.; BOTAZZO, C. A psicanálise silenciada: o câncer bucal de Sigmund Freud. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 561-561, 2000.

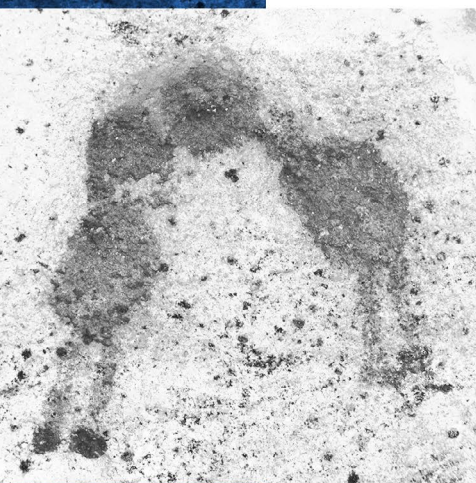
TOMMASI, A. F. *Diagnóstico em patologia bucal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977.

TOURNIER, M. *Sexta-feira ou limbos do pacífico*. Tradução de Fernanda Botelho. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

VEIRA PINTO, A. *Ciência e existência. Problemas filosóficos da pesquisa científica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

ZIZEK, S. O espectro da ideologia. In: ZIZEK, S. *O mapa da ideologia*. São Paulo: Contraponto, 1999.

WERMANN, J. A.; MACHADO, F. F. Uma aproximação entre a academia de Platão, o liceu de Aristóteles e as universidades. *Theoria Revista Eletrônica de Filosofia*, v. 8, n. 19, 2016. Disponível em: <http://www.theoria.com.br/edicao19/01012016RT.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019.



SUMÁRIO

9

Paulo Capel Narvai

Alejandro D. Dávila

Andrea Muñoz Martínez

Carlos García Zavaleta

Marco Cornejo Ovalle

Marco Manfredini

María Carolina Morales Borrero

Natalia Odeth Santos Madrigal

LA SALUD BUCAL EN EL AFRONTAMIENTO DE LA COVID-19 EN PAÍSES DE NUESTRA AMÉRICA

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991.259-290

APRESENTAÇÃO

Paulo Capel Narvai

O presente texto apresenta o painel de um panorama de algumas das muitas ações que vêm sendo realizadas nesses países, tanto no âmbito institucional quanto em comunidades, com a finalidade de possibilitar que, em primeiro lugar, estejamos juntos, importando-nos uns com os outros, apoiando-nos mutuamente, de algum modo e também para compartilharmos informações, pois o que vimos diariamente na mídia comercial é a indiferença com os países latino americanos. Há deliberado ocultamento do que acontece e, portanto, cabe a nós construir esta aproximação e quebrar o isolamento que tentam nos impor. Para isto contaremos com a participação de sete convidados de seis países (Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru e Brasil) compartilhando suas experiências e conhecimentos.

CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, POLÍTICO Y LA PANDEMIA EN ARGENTINA

Alejandro D. Dávila

Reflexiones en el contexto de la experiencia de la pandemia covid-19 sobre la odontología, el modelo de salud y de atención, los proyectos de país como determinantes de salud.

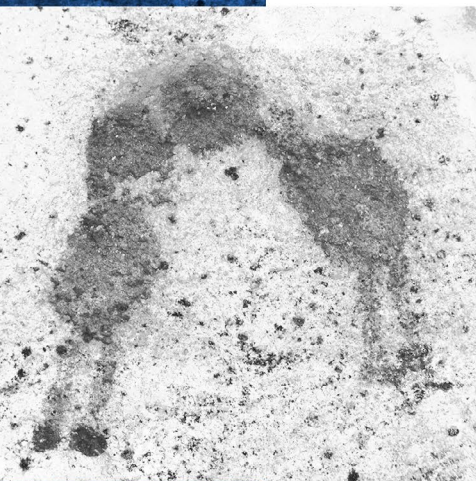
Quiero en primer lugar saludar a todas y todos las y los compañeros del inmenso colectivo de la Salud Bucal Colectiva de la América Latina. Esta iniciativa se produce como consecuencia de un largo proceso que viene transitando la Odontología y las odontólogas y odontólogos con la salud. Un largo proceso de aproximación de una disciplina a la salud de las personas, todavía tan alejada.

En la Argentina venimos padeciendo aun hoy la influencia de un proyecto neoliberal mercantilizador, extranjerizante y endeudador del país, que por suerte se pudo derrotar en las últimas elecciones. Esto lo menciono porque al poco tiempo de asumir las nuevas autoridades - con un Estado endeudado y desfinanciado - se desencadena la pandemia en Argentina. Encuentra el gobierno del 'Frente de Todos' una situación compleja en la cual el ministerio de Salud de la Nación había sido degradado a Secretaria, y desfinanciado el sistema de salud nacional y los programas básicos como el "Remediar" de acceso gratuito al medicamento y otros como el de inmunizaciones, salud mental, salud bucal, etc. Esta situación durante cuatro años de des financiamiento ha dejado al país en una enorme inferioridad de condiciones y más aún frente a la pandemia.

El gobierno nacional toma una decisión política que es la de elegir la vida y el cuidado de los ciudadanos y ciudadanas. Esto hace que inmediatamente el cuidado de la vida sea política de Estado, con un modelo de salud desfinanciado y degradado, el cual no está preparado para el cuidado de la vida y de los ciudadanos, muy centrado históricamente en la asistencia de la enfermedad por sobre los cuidados.

Es en este contexto complejo que el gobierno nacional decreta el estado de emergencia sanitaria y la política de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en todo el país. A partir de ahí se decide invertir en la preparación del sistema de salud, con la ventaja de poder anticiparnos al mirar los acontecimientos que venían sucediendo en los países asiáticos y europeos, y preparar nuestro sistema de salud. Se han quintuplicado camas hospitalarias y de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), respiradores, y todos los recursos sanitarios, aparte de volver a crear el Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, se adoptaron una serie de medidas de alivio económico para la población, éstas representan una ayuda a más de 14 millones de personas que son asistidas por el Estado, como así a empresas con



el pago de parte de los salarios de sus trabajadores, créditos y demás alivios económicos. En la actualidad estamos con un 67 % de camas de UTI ocupadas en el AMBA¹ y alrededor de 53% a nivel nacional. Con una de las tasas de letalidad más bajas del continente a la fecha.

Lo más llamativo en este contexto es la posición política de sectores minoritarios de la Argentina contra las medidas de cuidados, alentados por los mismos que han gobernado los últimos cuatro años y han producido este desfinanciamiento en la salud pública y el enorme y brutal endeudamiento del país. Esta deuda impagable, de 274.000 millones de dólares², de los cuales fueron fugados más de 88.000 millones por empresas afines al gobierno macrista a paraísos fiscales, generaron el saqueo más brutal a un país, desde la época de la colonia española hasta nuestros días.

Esto lo menciono porque explica. Asimismo, está en relación directa con el devenir de la pandemia y de los sistemas de salud en la argentina, ya que, son precisamente los modelos económicos y las políticas de los Estados Nacionales, los determinantes más eficaces e importantes en el cuidado de la vida y de la salud colectiva e individual.

LA ODONTOLOGÍA Y LA PANDEMIA: REFLEXIONES

En lo particular y ya en el terreno de la odontología en contexto de pandemia, esta situación ha puesto en evidencia varias cuestiones:

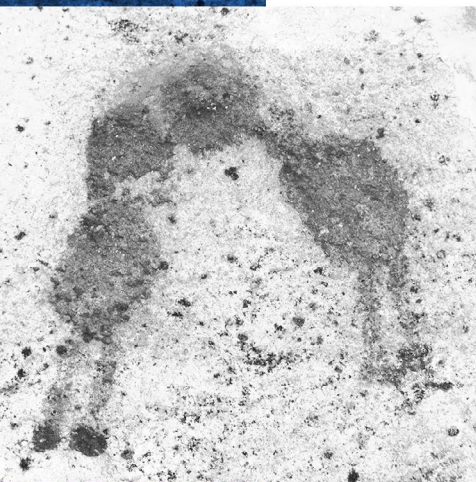
1. La importancia del sistema de salud bucal del Estado, por sobre los sistemas privados o de aseguramiento, quienes a la hora de tener que asistir básicamente urgencias y emergencias a sus beneficiarios, tardaron meses en ofrecer sus servicios y adecuarlos, recargando por ende al sistema estatal.

2. La necesidad de la readecuación del modelo de atención y la realización de tareas esenciales en el marco de la emergencia sanitaria a prácticas no habituales en la odontología.
3. Que podemos adecuar modelos de atención hegemónicamente asistenciales centrados en la enfermedad y deslizarlos a acciones territoriales y de cuidados con mucha eficacia, si es que existe la decisión política y sanitaria para hacerlo con.
4. la necesidad de repensar el modelo de atención odontológico a futuro.

La pandemia puso por delante la necesidad de preservar la vida y del cuidado de las personas, y vimos en la práctica la necesidad de adaptar y readecuar el modelo de atención de la odontología a contextos de cuidados y de realizar tareas esenciales y necesarias en la pandemia, no habituales para la odontología. Esto representa y representó todo un desafío, no solo práctico, sino cultural y contra paradigmático, y una experiencia nueva para todos y todas.

Poder asistir emergencias y urgencias odontológicas en el contexto del ASPO y al mismo tiempo realizar hisopados, participar en bloqueos y acciones sanitarias en barrios, colaborar con la provisión de alimentos a personas y familias aisladas en sus domicilios o en centros de aislamiento, o asistir personas covid positivas aisladas o en domicilios etc., *pone a la odontología toda en la situación de repensar las tareas necesarias y esenciales como trabajadores de la salud, y al mismo tiempo nos interpela a pensar el modelo de atención de la odontología a futuro.*

Para terminar, quería mencionar un acontecimiento importante que impacta fuertemente en la salud colectiva de los habitantes de la Argentina que tiene una fuerte implicancia sobre la pandemia y también en la postpandemia y es el hecho del refinanciamiento de parte de la deuda externa. Este acontecimiento permite al país un enorme



desahogo inmediato y poder invertir más en salud y en la economía. Esto posibilita sostener materialmente la decisión política, humanística y solidaria del cuidado de la vida y afrontar la emergencia con un sistema de salud estatal provisto y equipado, invertir en el cuidado y desarrollo de la economía (ya por sí devastada por el neoliberalismo y la pandemia) y mejorar las respuestas de un Estado presente ante esta emergencia internacional.

LA PANDEMIA EN CHILE

Marco Cornejo Ovalle e Andrea Muñoz Martínez

La presente comunicación aborda las opiniones y planteamientos que los autores han desarrollado en las referidas jornadas de agosto de 2020. Frente a la contingencia social y de salud que afecta transversalmente a la población mundial, ocasionada por el virus emergente SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad covid-19, creemos adecuado reparar en las marcadas, amplias y agravadas inequidades que esta pandemia ha revelado en las condiciones de vida, de salud, y de acceso a prestaciones sanitarias.

Respecto a las atenciones de salud, estas, en general, se han visto postergadas, ya sea porque las personas han dejado de consultar, así como porque han dejado de ser otorgadas por las instituciones prestadoras de salud de los distintos niveles de atención. Especialmente atenciones electivas, como algunos controles de salud preventivos, controles de salud para enfermedades crónicas, así como otras atenciones de mantención, recuperación y rehabilitación de la salud. Tanto para aquellas atenciones que desde 2005, paulatinamente, se han ido garantizando como derechos en salud (atenciones GES) como para aquellas atenciones no GES.

En este contexto, uno de los ámbitos en que también la pandemia ha impactado profundamente es en la Odontología, entendida como herramienta para la Salud Oral, y todos sus recursos y contextos. La situación epidemiológica de la pandemia en Chile ha pasado por un momento crítico y apremiante para su población, dados los errores que se han cometido en su manejo desde el Gobierno Central, tomando en principio decisiones que, desoyendo las recomendaciones de diversos expertos, parecen haber favorecido más la protección del modelo económico, lo que ha provocado que Chile emerja como uno de los países con las más altas tasas de contagio y velocidad por millón de habitantes.

Por otra parte, creemos necesario señalar que la situación de pandemia en Chile ha coincidido con los meses inmediatamente posteriores a una situación de estallido social, conflicto social aun no resuelto. La situación del personal de salud odontológico, especialmente en el ámbito público se pueden describir como "reconversión" y "versatilidad". La situación desde el punto de vista de la gestión territorial y tipos de prestaciones no ha sido única, sino que ha presentado variabilidad territorial, ya que en general, la Autoridad Sanitaria tardó mucho en entregar orientaciones que indicaron claramente detener las prestaciones que pudieran ser riesgosas para el personal (MINSAL, 2020). En ese marco, se han otorgado mayoritariamente prestaciones de urgencia, y algunas intervenciones con metodologías no generadoras de aerosoles, como algunas atenciones quirúrgicas básicas y aquellas que utilizan instrumental manual, tanto en contexto asistencial como en domicilio.

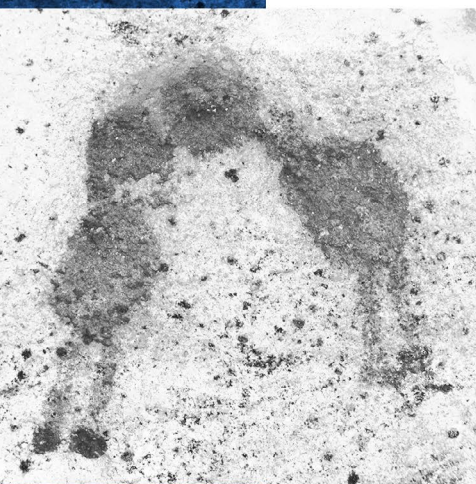
La APS, en general, y también los equipos odontológicos que la componen, en Chile depende en su mayoría de las administraciones municipales. Y ha funcionado con esquemas de turnos para las atenciones clínicas, de modo de tener disponibilidad de recurso suficiente en caso de enfermedad o necesidad de cuarentenas por contacto estrecho (MINSAL, 2020b).

Se han diseñado e implementado esquemas de seguimiento telefónico o telemático para dar continuidad a programas de promoción y prevención en Salud Oral (Minsal, 2020c). Un ejemplo destacable es la adaptación del Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), a la modalidad de teleatención o “TeleCero”. Esta innovación se está ejecutando en algunas comunas del país, destacando la comuna de Recoleta, que aplica una pauta de seguimiento telefónico para pesquisar los factores de riesgo de caries individuales y comunitarios en población de 6 meses a 6 años, modelo cuya experiencia y lecciones se han comenzado a replicar e implementar en otras comunas.

Muchos otros profesionales odontólogos y sus equipos colaboradores, profesionales y técnicos, se encuentran en funciones reconvertidas y rotativas, colaborando en otras actividades de la Atención Primaria, como gestión de agenda, georreferenciación en la gestión de farmacia en programas de morbilidad, así como apoyo en controles sanos en el ciclo vital, apoyo a la logística de Programas de Alimentación Complementaria, Controles de Adultos Mayores, Programa de Vacunación, o participando de equipos de Programas Transversales. Esta necesaria versatilidad ha pillado por sorpresa a los equipos generales de la APS, que logró sacar del lugar común de la clínica la percepción del trabajo desarrollado por los profesionales de la Odontología, y se podría señalar que a las y los propios dentistas les ha permitido reforzar su potencial gestor y clínico más allá de la Salud Oral.

Por tanto, creemos que la situación de emergencia por la pandemia ha brindado una oportunidad de mostrar competencias transversales en los profesionales y equipos odontológicos, y todo este potencial de adaptación para trabajar en los más diversos programas que la APS brinda, tanto en lo asistencial, como en lo familiar y comunitario.

La situación en los prestadores del sector privado ha sido muy diversa, y ha generado bastante cesantía en el sector. Una parte

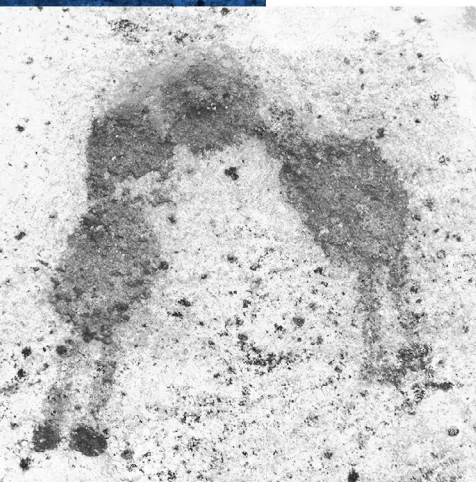


importante, en general pequeños prestadores, han debido detener sus atenciones y muchos han debido cerrar temporalmente sus consultas. Esto ha ocurrido por la menor demanda de atención por parte de la población dado el confinamiento de la población, el temor a contagiarse en entornos sanitarios y condiciones socioeconómicas. Pero también se puede explicar por la falta de elementos de protección personal para dentistas y personal de colaboración, por el propio autoconfinamiento de muchos profesionales y por falta de orientaciones claras de la Autoridad Sanitaria, especialmente en los meses iniciales de la pandemia. En este contexto, ha sido relevante el rol orientador del Colegio de Dentistas y de Sociedad de Especialidades como la Sociedad Chilena de Salud Pública Oral (SOCHISPO).

Entre quienes continuaron funcionando, se encuentran algunos mega-prestadores, trabajando en condiciones de dudosa seguridad, y pequeños prestadores que abarcan los extremos de la máxima precariedad y mayor riesgo, hasta aquellos que se han publicitado como altamente tecnologizados y seguros (y de mayor costo), sin embargo, algunos han sido denunciados públicamente por estrategias de marketing basadas en ofrecer medidas de seguridad sin el aval de la evidencia científica, incluso por los mismos fabricantes o importadores de los productos publicitados.

En el ámbito gremial, las redes sociales han sido caja de resonancia del sentir de muchos odontólogos/as no asociados alguna entidad o asociación. También, se ha venido notando mejor la implicación de la mayor organización gremial del sector, el Colegio de Dentistas. El que hasta ahora no ha tenido el poder de convocar al conjunto de la profesión frente a la emergencia.

Esta falta de convocatoria se ve favorecida por aspectos estructurales heredados de la dictadura como es la no obligatoriedad de colegiarse y que los colegios profesionales perdieron legalmente la tuición ética del ejercicio profesional. Es decir, este escaso poder



de convocatoria se puede entender, pues se viene arrastrando desde hace tiempo, sea traducido en una baja representatividad. Respecto a este diagnóstico, cabe precisar y añadir que este análisis se hace en el marco de un país cuyo modelo de desarrollo ha mercantilizado la formación profesional y el ejercicio profesional.

En general, el Colegio ha tenido escaso protagonismo e incidencia en los temas públicos de la Salud Oral. El rol protagónico lo han complementado las organizaciones disciplinares, sociedades científicas y de especialidades, más algunas asociaciones sectoriales desde lo público, en conversar la crisis, agruparse para generar propuestas, análisis y protocolos para trabajar conjuntamente con la Autoridad de Salud. Se ha generado una interesante institucionalidad en este tipo de organizaciones, que se ha potenciado por la crisis. Institucionalidad a la que han aportado, en conjunto con las Universidades, no solo vigilancia de la evidencia, sino también generación de ella, y preparación de protocolos para enfrentar la crisis y para observar y preparar el retorno cuando sea posible.

Todas las universidades han adoptado la modalidad de trabajo remoto, tanto en sus programas de formación profesional como sus programas de formación de especialistas y de Postgrado. Además, con baja o nula prestación asistencial. Muchos proyectos de investigación están en pausa o funcionando básicamente. Algunas, las que cuentan con atención intramural o campo clínico propio, han desarrollado atención de urgencia de sus pacientes de programas de formación (FOUCH, 2020). Las actividades de Extensión se han mantenido con formatos adaptados (capacitación a equipos de Salud y Educación) (FOUCH, 2020b), y mucha se ha volcado a programas solidarios territoriales para apoyar a la población afectada por la carencia económica. Se han apoyado las “ollas comunes”, organizaciones comunitarias espontáneas que surgen para paliar el hambre de la población. Los decanatos y direcciones de grados y pregrado han

tenido que generar estrategias de apoyo al estudiantado y al RRHH, académico y colaborador, para enfrentar situaciones de vulnerabilidad por pérdida del empleo familiar, situaciones de afectación de la Salud Mental, o apoyo para enfrentar la enfermedad propia y familiar, y la pérdida de familiares por la pandemia.

La Comunidad, principalmente ha estado volcada a situación de necesidades básicas y económicas, en cuarentena y con incertidumbre respecto del acceso al sistema sanitario. El trabajo intersectorial ha continuado, en especial con educación, cuya logística ha colaborado en la distribución de insumos para el cuidado de salud oral y mantención de programas de alimentación parvularia y escolar, así como la distribución de material visual y audiovisual para estimular prácticas favorables a la salud oral.

Para reiniciar las actividades odontológicas, se ha trabajado intensamente para enfrentar la adversidad que esta crisis ha planteado. Es altamente probable que los impactos conseguidos en programas preventivos se vean afectados, así como la gravedad de los problemas de salud oral que generan demanda asistencial, y tendremos que estar preparados para enfrentar esta situación post-pandemia y de qué forma mantenemos los programas e intervenciones destinados a mejorar la situación de salud oral de la Comunidad. Finalmente, creemos relevante seguir abogando, desde distintas instancias y en el marco de la crisis social y económica que ya viene emergiendo, por la mantención presupuestaria de los programas promocionales y preventivos en salud oral, así como los programas de atención odontológica que benefician a los grupos sociales más vulnerables.

LA PANDEMIA E LA ODONTOLOGIA EN COLOMBIA

María Carolina Morales Borrero

Primero expreso un especial agradecimiento a la Asociación Brasileña de Salud Colectiva “ABRASCO”, en particular al colega Paulo Capel Narvai por la invitación a este diálogo. La atención clínica odontológica en Colombia ha sido el núcleo de desarrollo más predominante para el trabajador de la Salud Bucal desde el origen de la profesión odontológica; este predominio expresa una larga disputa entre quienes componen el campo de la Salud Bucal “CSB” (BOURDIEU, 2013), y la negligencia del Estado en la garantía del derecho a la SB.

El CSB incluye agentes, relaciones y capitales en disputa. *Agentes* como profesionales, técnicos, personal auxiliar y de apoyo, empresarios, pacientes, políticos e industriales, instituciones y organizaciones; *relaciones* entre instituciones públicas y privadas, organizaciones nacionales e inter o transnacionales vinculadas a la SB, bajo la regulación del Estado y, la sociedad civil. Y *capitales* propios del trabajo clínico/no clínico, comunitario, social y político en SB, en educación, investigación y empleo entre otros. Este CSB cuenta con la limitación en el derecho fundamental a la SB y con la potencialidad en las nuevas relaciones con comunidades de conocimiento e investigación en SB (Morales & Maldonado, 2020). Algunas de las características de este campo, develadas ampliamente durante la pandemia de la covid-19 en Colombia, se describen en este texto, con el propósito de aportar al trabajo colaborativo que se viene realizando en la región; presento los conflictos en el CSB por las políticas decretadas en tiempos de pandemia, destacando la negligencia del Estado con el Derecho a la Salud Bucal, al deslaboralizar y aumentar las brechas de género, prohibir la atención odontológica en pandemia y sus efectos en la SB.

En la crisis global que desnuda la pandemia de la covid-19, la SB integra las complejas realidades que vivimos, con tensiones en distintas direcciones y conflictos entre los modos de vivir y sus efectos a una escala civilizatoria. Uno de los conflictos más largos y violentos ha sido entre los modos de explotar la naturaleza y los límites que ella misma nos muestra (HENAO, 2020), como parte del capitalismo contemporáneo de acumulación (BREILH, 2020; KIM, 2020, BELLAMY FOSTER, 2020). Las nuevas violencias que van apareciendo en toda la Región (GALAFASSI, 2004) también visibilizan los enormes esfuerzos de muchos pueblos originarios que luchan por una vida digna y por el buen vivir (CANCINO *et al.*, 2020). Esta crisis nos confronta por el aumento de las desigualdades en SB en pandemia al *reducir la Salud Bucal a la atención odontológica paliativa y de urgencias, y al reducir el trabajo de la SB a lo asistencial*, lo cual nos debe convocar a aportar como parte del CSB a una causa común por la equidad para todos.

Es preciso reconocer que la legitimidad social de la SB está amenazada desde antes de la pandemia. En la Región de América Latina se vive un desmantelamiento lento de los derechos humanos, sociales y colectivos debido a las distintas formas de privatizar y despojar y a las débiles resistencias por parte de los Estados, pese a las luchas y movilizaciones sociales en defensa de los derechos que se dan en diversas sociedades. Uno de los países más afectados es Brasil y el Sistema único de Salud “SUS” (CHAVES *et al.*, 2018). En la esfera mundial igualmente las políticas de salud bucal han dejado de ser una prioridad hace más de dos décadas (BENZIAN *et al.*, 2011; COHEN, 2017). En Colombia se vive la misma tendencia; el Estado ha delegado la SB al mercado, legalizando la práctica liberal de la odontología mediante la Ley 10 de 1962³. Aunque la política Pública de Salud Bucal de Colombia⁴, ha intentado regular la gestión

³ https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-103685_archivo_pdf.pdf

⁴ <https://www.facebook.com/observatorioiberoamericanosaudebucal/>

de los servicios dentro de la Seguridad Social, los resultados son muy escasos, debido entre otras, a las pocas actividades de SB que se incluyen en los planes de beneficios de la Ley 100 de 1993, a la diversificación de los mercados privados de servicios de salud dentro del Sistema de Salud y de Seguridad Social, y al despojo del derecho a la SB en la ciudadanía.

Sumado a lo anterior, cabe anotar que la tradicional práctica odontológica persiste en la gestión de servicios privados que no logran articularse a la red pública de servicios ni cubrir las necesidades de la población. Todos perdemos; porque no se desarrollan mecanismos para un acceso real, universal, público y efectivo a la SB que pueda garantizar una cobertura oportuna y de calidad de servicios para todos. De otro lado, el mundo del trabajo en la SB muestra una enorme flexibilización laboral desde la Ley 50/90⁵ con consecuencias en la des-laboralización del trabajador, impulsada por la competencia que imponen nuevos actores de mercado laboral y educativo.

Antes del inicio de la pandemia en Colombia, en el mes de noviembre de 2019, la SB toma lugar entre varios grupos de ciudadanos del territorio nacional que marchaban disputando al gobierno la implementación de las políticas sociales por condiciones de vida digna, con justicia social y respeto a la Paz, en un Paro Nacional “21N”. Sin embargo, el Estado de excepción y emergencia sanitaria, económica y ecológica sancionado en marzo de 2020 por el gobierno, decreta

⁵ La flexibilización laboral se impone por el expresidente César Gaviria en 1990, durante su gobierno a través de las formas de vinculación laboral y la creación de empresas temporales que proporcionan inestabilidad y precariedad laboral. El fin era insertar al país al mercado mundial, pero el aporte de Gaviria al frente neoliberal de la Constitución Política de 1991 nos llevó a esquemas de competitividad, inversión y empleo, sin medidas de protección social de los derechos de los trabajadores. Posteriormente la Ley 789 de 2002 aumentó el desempleo, la informalidad, la privatización y la precarización del trabajo, empobreciendo a las comunidades más vulnerables. El Decreto 583 de 2016 crea la tercerización y legaliza la subcontratación a todo nivel con incumplimiento por parte de terceros de las obligaciones laborales con los trabajadores. A esto se suma la privatización del empleo público que aumenta mucho más las desigualdades en materia laboral.

políticas caracterizadas por ser necropolíticas⁶; tanto en la información “infodemia”, como en la de educación, el trabajo y el talento humano en salud; se difunde una cultura de miedo al otro, de odio al considerarlo posible portador de la infección, de falso dilema entre economía y salud, sin considerar el cuidado de la vida humana y no humana.

Sobre los trabajadores encargados de la atención odontológica recae la culpa de transmitir factores de alto riesgo y ser vectores de contagio de la covid-19, lo que sustenta la prohibición de la atención odontológica. No obstante, la rápida organización de algunos profesionales facilita el desarrollo de Protocolos de Bioseguridad para reactivar la atención odontológica, lo cual se frena por parte del gobierno al autorizar sólo la atención de urgencias, desmontando la atención de las necesidades en SB de las poblaciones, que aumentan por el estrés; desmontan también el trabajo y la subsistencia de profesionales, técnicos, tecnólogos, personal de apoyo asistencial y personal de apoyo administrativo y personal auxiliar, y afectan la SB de los colombianos. Crece la precariedad en las condiciones de empleo del trabajador por la tercerización, el subempleo, la informalidad laboral, el no pago de prestaciones sociales, el retraso en los pagos, y la retención de parte de los honorarios. A esto suman la Ley Estatutaria que ordenó establecer mecanismos para dignificar el talento humano en salud en el país, pero que aún no se reglamenta; al contrario, se adelantan proyectos de Ley en la Cámara de Representantes (No. 331 de 2020) que desconocen los trabajadores administrativos y de apoyo en la atención de la salud bucal, limitándose a reconocer solo al trabajador llamado misional⁷ o asistencial. Si según el Ministerio

⁶ Necropolítica es una expresión del capitalismo globalizado según la cual, la soberanía reside en el poder y en la capacidad de decidir quién puede vivir y quién puede morir. A esta idea se añade el hecho de que la violencia económica no se expresa solo o en la explotación del proletario, sino en hacer superflua a una parte importante de la población mundial (Moratiel, Virginia, 2020). <https://sociales.uexternado.edu.co/filosofia/necropolitica-lo-que-ha-revelado-el-virus/>

⁷ <https://www.elespectador.com/noticias/salud/con-la-nueva-realidad-se-agudiza-la-grave-situacion-del-personal-asistencial-de-salud-claudia-naranjo/>

de Salud, para el año 2018 el 53% de los odontólogos en Colombia no contaban con vinculación laboral estable por ser trabajadores por cuenta propia o independientes, con las políticas de gobierno decretadas durante la pandemia, aumentó esta precariedad.

Los efectos de la pandemia agravaron la crisis del desempleo en todo el país con peores resultados para las mujeres por la brecha respecto de los hombres⁸. Al comparar la tasa de desempleo en el trimestre mayo a julio 2020, la de hombres fue de 17,0% y la de mujeres fue de 25,5%. En julio la tasa general de desempleo fue 24,7%, lo que representó un aumento de 14,4 % frente al mismo mes del año pasado (10,3%). En el mismo trimestre la proporción de informalidad fue de 46,0%⁹. La posibilidad real de participar en el mercado laboral se reduce para todas las mujeres, mientras que duplican el tiempo de trabajo no remunerado en temas de cuidado en el hogar o reciben una remuneración más baja quienes trabajan; las mujeres dejan de percibir remuneración por un valor de 4 horas por semana (ONU Mujeres¹⁰). Esto debe alertar al trabajador del CSB porque el 69.7% del total de odontólogos son mujeres e históricamente son mayoría, lo que obliga no solo a corregir el aumento de las desigualdades de género por la pandemia, sino también, el patrón de exclusión social de la mujer trabajadora que aumenta la pobreza multidimensional.

Las tendencias generales del mercado laboral y de la oferta de servicios de SB en grandes ciudades, señalan la sobre-concentración de la oferta al norte de la ciudad, siguiendo la estratificación del uso y mercantilización del suelo e infraestructura de ciudades como Bogotá, con desprotección total de los pobladores de las periferias de la ciudad. La escasa cobertura de la SB en la seguridad social, la concentración de la oferta en ciudades capitales aumenta las desigualdades de

SUMARIO

⁸ <https://www.portafolio.co/economia/mercado-laboral-trabajadores-informales-jovenes-y-mujeres-en-colombia-son-los-mas-afectados-por-la-pandemia-543571>

⁹ https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_geih_informalidad_may20_jul20.pdf

¹⁰ <https://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>

salud bucal especialmente en personas vulnerabilizadas y favorece la mayor extracción de renta en la SB por parte de los actores privados. Los pacientes se ven obligados a buscar atención muy lejos de sus lugares de vivienda. Sin embargo, no superan las barreras geográficas y económicas de acceso al servicio, creadas por la distribución de la oferta de servicios de SB en el territorio. Las acciones dirigidas al cuidado del paciente, las familias y comunidades mediante acciones de escucha, educación, valoración de la necesidad y Tele-Odontología (MinSalud, Octubre 2019) se han constituido en un paliativo, que puede generar mayor daño sino se integra a Políticas de Trabajo y Educación para el derecho a la Salud Bucal. Se propone realizar una acción colectiva en el CSB con los agentes interesados en el derecho a la salud bucal dirigida a materializar el trabajo digno por la SB.

LA ODONTOLOGÍA E LA PANDEMIA EN MÉXICO

Natalia Odeth Santos Madrigal

México es un país con duras y marcadas desigualdades en las condiciones de vida y salud de su población. Como formación social contiene una cantidad importante de capas, grupos y colectivos que viven desigualdades e inequidades frente a los grupos minoritarios que viven en opulencia. Con 127 millones de mexicanos (INEGI, 2020), el adueñamiento del país está representado por la alta concentración de ingresos y bienes nacionales en el 1% de la población. México se mantiene en un capitalismo dependiente, con un patrón de acumulación neoliberal, un nuevo gobierno que intenta redistribuir los ingresos a través del asistencialismo, una estructura plagada de corrupción y una complicada configuración de intereses partidarios y fuerzas político-económicas. Todo esto, dentro de una crisis política, social, económica y sanitaria permanente, que sin duda se recrudece en la pandemia de la covid-19.

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El sector público desarrolla una heterogénea red nacional de servicios, los cuales incorporan gradualmente a la población a la atención médica. Sin embargo, desde 1982 la primacía de la ruta de subordinación global neoliberal a la que se adscriben los sucesivos gobiernos, impulsa el desmantelamiento de las instituciones públicas y fortalece una visión minimalista de derecho a la protección de la salud, mientras promueve activamente la conformación de mercados de servicios médicos. (LÓPEZ-ARELLANO, BLANCO-GIL, 2001). El sistema de salud mexicano, como también se ha evidenciado incluso por el análisis del actual gobierno, es un sistema “descentralizado, fragmentado, segmentado, insuficiente, ineficiente y depauperado”, donde 20 millones de mexicanos carecen de cobertura (BELLAMY, 2020).

BROTE DE COVID-19 Y LAS MEDIDAS PARA SU CONTROL

Las medidas para controlar la pandemia en México, tomadas por el actual gobierno para aplanar la curva de contagio y no colapsar sistemas de salud, consistieron fundamentalmente en las medidas de higiene y el confinamiento. Las consecuencias negativas del confinamiento consisten en que provoca incertidumbre y miedo en toda la población, pero también evidencia las muy marcadas desigualdades de clase, etnia, género, vida y salud. Al menos para 30 millones de mexicanos que forman parte del empleo informal o de empleos formales precarios, confinarse fue simplemente imposible. Ante esto se fomentaron acciones de higiene, prevención y aislamiento de personas con mayor riesgo, lo cual se llamó *Jornada Nacional de Sana Distancia*, así como de monitoreo de personas infectadas y su entorno.

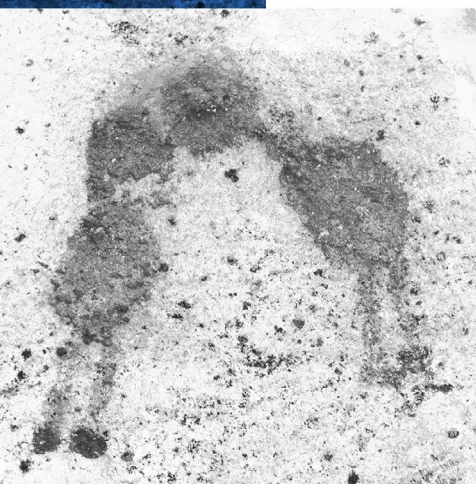
La estrategia pretendía disminuir los contagios, aunque en realidad solo fue el comienzo de una dosificación de la pandemia, pues en una población tan numerosa, y con una movilidad inevitable, los contagios se mantienen aun después del desconfinamiento por semaforización. Hasta el 24 de septiembre de 2020 se registran 715 mil 457 casos positivos, 34 mil 223 casos activos estimados y 75 mil 439 defunciones. Las defunciones provocadas por la covid-19 se asociaron a enfermedades crónico-degenerativas, de las cuales existe una muy alta y grave prevalencia en México. La diabetes es la segunda causa de muertes en el país en el grupo de 30 a 59 años de edad (Secretaría de Salud) y también en el grupo de adultos mayores. La hipertensión y la obesidad son padecimientos que tienen una cantidad considerable de subregistros, por no ser diagnosticados profesionalmente y por la precariedad con la que han funcionado los sistemas de vigilancia epidemiológica.

En este contexto desigual se presenta la problemática de la salud bucal, que se intensifica con las políticas públicas ineficientes. A pesar de las evidencias importantes que deja la investigación social en salud, las políticas públicas siguen basándose en el estudio de factores de riesgo y prevención individual, haciendo evidente la ausencia de conocimiento sobre las condiciones de vida de los colectivos, y particularmente de la salud bucal. Como consecuencia de esta falta de rigurosidad en el análisis, se ignora el papel tan importante que juegan las determinaciones sociales en la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional en Salud Bucal. Las falencias en el conocimiento de las necesidades en salud bucal de las poblaciones se recrudecen en medio de la falta de conocimiento acerca del Sars-CoV-2 y de la covid-19.

La focalización que se implementó para el Sistema Nacional de Salud hacia la atención de la pandemia desplazó a las otras necesidades de salud y con ello a las odontológicas. La práctica

odontológica pública y privada¹¹ no fue considerada como un servicio esencial para la atención de la pandemia. Lo mismo pasó con el Programa Nacional de Salud Bucal, de perfil preventivo, por lo que la atención odontológica quedó restringida exclusivamente a urgencias y tele-llamadas. La imposibilidad del sistema público de incluir las medidas de protección para el personal de salud está retrasando la apertura de la atención odontológica. Los elevados costos para cumplir con las medidas de bioseguridad se reflejan en los costos de atención para los pacientes y existe un miedo subrepticio al contagio que, en el imaginario social, significa la muerte. Al cerrarse la única vía resolutive que es la clínica, se postergan los múltiples problemas de atención, quedando insatisfechas las necesidades de salud bucal, lo cual produce todavía más desigualdades.

Las necesidades en salud bucal de nuevo quedan a expensas de una atención privada de acceso restringido, los consultorios y clínicas han tenido que subir los precios para costear las normas de bioseguridad en un escenario de crisis económica que ataca principalmente a los pequeños y medianos negocios. Actualmente los odontólogos son contratados en clínicas privadas con problemas de flexibilización laboral, condiciones de trabajo y salario precarios y explotación. Desde hace tres o cuatro lustros, las corporaciones extranjeras han ido apropiándose del mercado, desplazando a los pequeños consultorios nacionales. Esto se muestra con mayor crudeza en la contingencia, en donde son obligados a desaparecer al no poder afrontar las condiciones que exige, o al correr el riesgo de convertirse en brotes de contagio.



SUMARIO

¹¹ En México los problemas de salud bucal se resuelven por dos sistemas de atención; el público, que ofrece en su primer nivel de atención cuidados considerados básicos, orientación en prevención y restauraciones simples; y el servicio privado, que resuelve problemas que el sistema público no cubre, además de ser el primer lugar de búsqueda de atención y de que su acceso dependa de la capacidad de pago de las personas.

PROPUESTA DE ACCIÓN:

- Las y los odontólogos como agentes de transformación política. Para incidir en la reconfiguración del proceso/salud/enfermedad/atención.
- Resignificar a la salud bucal como un proceso, como un bien social, como un objeto colectivo y como un derecho.
- Incidir en las políticas públicas de Salud Bucal.
- Construcción de un Frente Internacional de Trabajadores de la Salud que responda a los retos éticos y políticos de la Salud Colectiva.
- Construir un plan de acción en todos los niveles; estatal, comunitario, académico y con los movimientos sociales ya consolidados.
- Vincular, articular y fusionar en las luchas populares por el derecho a la salud bucal.

LA PANDEMIA EN PERU

Carlos García Zavaleta

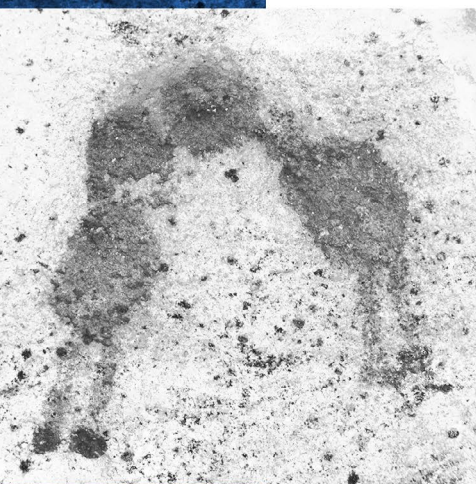
La pandemia del covid-19 surge como consecuencia de la acumulación histórica de desequilibrios socio-ecológicos generados por una economía capitalista globalizada que se reconoce hegemónica en el presente siglo XXI. La sobreexplotación de los recursos naturales y el consecuente desequilibrio de los ecosistemas termina incrementando la exposición de los seres humanos a diversos patógenos que antes circulaban casi estrictamente en ambientes silvestres. Tal es el caso del

SARS-CoV-2 que a la fecha ya ha contagiado a más de 10,3 millones personas y causado la muerte de más de medio millón de ellas en el mundo (OMS, 1 de julio 2020).

El liberalismo económico alimenta el individualismo permeando en la sociedad una crisis moral y de valores que deshumaniza a las personas e instituciones. En las actuales circunstancias, somos testigos y víctimas de graves actos de corrupción y de aprovechamiento mercantil que denigran la vida humana. La especulación en el mercado de medicamentos, pruebas diagnósticas, oxígeno medicinal, entre otros insumos y servicios críticos tan necesarios hoy en día para salvar vidas los tornan inaccesibles ante la indiferencia y pasividad, sino acaso complicidad, de muchas autoridades.

Observamos atónitos a nuestros sistemas públicos desbordados, los trabajadores de la salud, héroes en la primera línea de batalla contra el coronavirus, desprotegidos y en precariedad laboral. El incremento del desempleo en la población debido a la quiebra de muchas unidades productivas incrementa la población económicamente activa (PEA) en el sector informal e impacta en las condiciones de subsistencia de las familias, en especial de los sectores vulnerables en situación de pobreza.

En este complejo escenario socio sanitario y político se acentúan las desigualdades e inequidades en salud y el componente de la Salud Bucal refleja en extremo dichas desigualdades e inequidades. Las condiciones para la atención odontológica individual tal como las conocíamos, suponen escenarios de alto riesgo de contagio para los usuarios, los odontólogos y demás trabajadores. Esto fue rápidamente advertido por las autoridades sanitarias y las entidades de cooperación internacional habiéndose recomendado la suspensión temporal de la prestación de dichos servicios en el contexto de la pandemia. Tal situación, impacta directa y sensiblemente en la salud de la población, a la vez, que impacta en la calidad de vida de los prestadores que ven disminuidos sus ingresos económicos regulares.

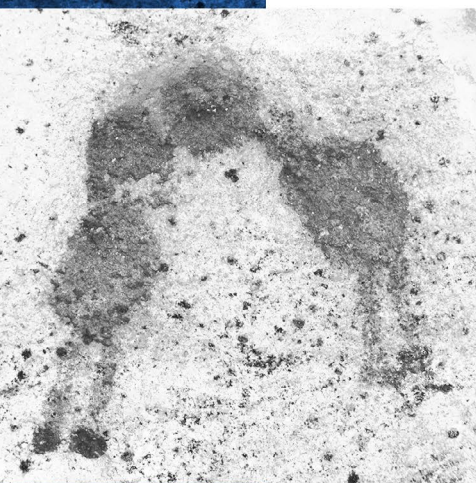


La posibilidad de reiniciar gradualmente la prestación de dichos servicios odontológicos individuales exige asumir mayores costos de producción para garantizar adecuados estándares de bioseguridad; y siendo que el estado neoliberal difícilmente subsidiaría estos servicios nos enfrentamos a la perpetuación de las desigualdades e inequidades en el acceso de grandes sectores de la población a la atención odontológica oportuna y de calidad.

Finalmente, análisis con enfoques sociológicos y economicistas de la formación y desarrollo de la fuerza de trabajo odontológica en nuestras sociedades revela diversos desencuentros entre los mercados de la educación, el mercado del trabajo, las luchas de poder entre gremios ocupacionales y la atención efectiva de las necesidades de salud bucal de la población que terminan cuestionando la legitimación social de la profesión odontológica en particular. La lucha para contener la pandemia nos mostró la débil capacidad de la profesión odontológica para adecuarse e insertarse rápidamente en las acciones priorizadas en los diferentes niveles la red de servicios públicos. La situación de otros grupos ocupacionales como las asistentes dentales, los higienistas y los técnicos dentales podrían haber tenido la misma suerte.

En el Perú, la pandemia ha “desvestido” las históricas brechas y desencuentros entre nuestras clases sociales, entre los ciudadanos y la clase política, entre el campo y la ciudad. El gobierno del Presidente Martín Vizcarra ha asumido el reto histórico que tiene al frente y ha puesto por delante la vida de sus conciudadanos (grupos vulnerables en particular) antes que los intereses de grupos de poder económico. Sin embargo, el camino se torna dificultoso en un contexto de crisis de gobernanza y gobernabilidad que se venía agudizando en los últimos años.

Al igual que ocurre con otros países de la región un shock tan excepcional como este, en el marco de una economía capitalista globalizada, obliga a los gobiernos a financiar desesperadas medidas de emergencia (en forma importante el sector sanitario), que incluyen

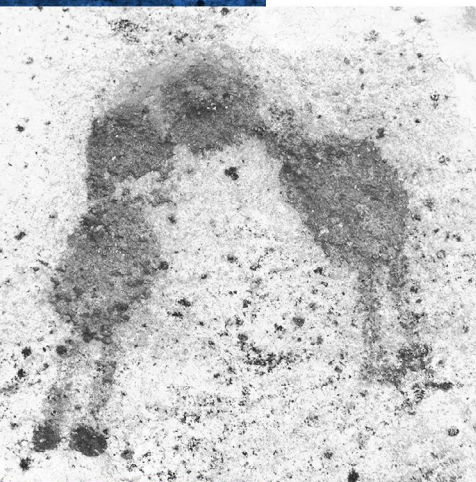


desde el recorte de gastos no esenciales hasta el endeudamiento. En tal condición se compromete la soberanía de nuestros países y la libertad a las futuras generaciones. La Economist Intelligence Unit advierte que en estas circunstancias el mundo enfrentará una “doble recesión”: la primera por los efectos de la pandemia y la segunda por una posible crisis de deuda fiscal.

Nuestro sistema de salud se caracteriza por estar fragmentado, segmentado y con insuficientes recursos (3% del PBI, promedio últimos años). La Pandemia llega en el medio de un proceso de reforma iniciado el 2012 y que busca la universalización de la salud en el Perú. Proceso lento que aún debe sortear múltiples barreras como consecuencia de la débil gobernanza y rectoría de la autoridad sanitaria. Nuestro modelo económico liberal y el modelo biomédico hegemónico como expresión de la ideología capitalista y el pensamiento positivista hacen difícil el avance. Sin embargo, grupos contrahegemónicos (gremios, tecnócratas, académicos, líderes sociales) están logrando permear importantes cambios en el funcionamiento de nuestro sistema. La Pandemia, a pesar del drama que representa para nuestras familias está permitiendo catalizar y dinamizar algunas decisiones que esperamos viabilicen la consecución de un Sistema Único de Salud en el Perú en el mediano plazo.

En el Perú existen más de 45,000 cirujanos dentistas registrados en el Colegio Odontológico del Perú (COP). De estos aproximadamente el 40% se encuentran habilitados. Aproximadamente 6,498 (14%) se encuentran en el sector salud. Alrededor de 20% de quienes ejercen en el sector privado tienen consultorios categorizados por el Ministerio de Salud (MINSU); la gran mayoría ejerce de manera independiente.

En el Perú, el 05 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso importado por covid-19. El Ministerio de Salud de Perú declaró la Emergencia Sanitaria a de carácter nacional, el 11 de marzo por un plazo de 90 días. A esto se sumó la declaración de Estado de Emergencia en todo el territorio nacional a partir del 16 de marzo, junto con el cierre de



fronteras. Las clases en colegios, institutos y universidades quedaron suspendidas, inclusive el internado hospitalario y otras actividades de estudiantes de las carreras de la salud fueron suspendidas. El Estado de emergencia nacional implicó el aislamiento social obligatorio y la reducción de las actividades odontológicas a la atención presencial de emergencias y urgencias. Se ha normado las actividades del teletrabajo, telesalud y teleorientación que se desarrollan tanto en el sector público como privado.

En el sector público existen diversas modalidades de contratación generando enormes desigualdades entre tipos de contratos, subsectores y entre Lima y el nivel regional. Así mismo, los servicios de la red pública cuentan con infraestructura obsoleta y sin equipamiento odontológico óptimo, así como escasez de EPPs. Adicionalmente, se ha considerado al cirujano dentista para labores de trabajo remoto, teletrabajo, telesalud y teleorientación.

Por otro lado, el Colegio Odontológico del Perú (COP), suspendió el cobro de la habilidad profesional por el tiempo que dure la pandemia. Elaboró el Protocolo de Atención para el Cirujano Dentista durante y post Pandemia covid-19. Incidencia con autoridades para modificatoria de normativa de salud ocupacional en lo que afecta a la atención odontológica. Se han otorgado bonos económicos extraordinarios a odontólogos que se encuentran afectados por la reducción de sus ingresos. Se ha establecido la línea Alerta COP para apoyar a odontólogos covid-19 positivos. Se ha gestionado ante el Gobierno Nacional la incorporación del cirujano dentista en el Programa del "Bono Familiar Universal". Se ha organizado el curso gratuito Salud Ocupacional en el Contexto de covid-19.

A PANDEMIA NO BRASIL

Marco Antonio Manfredini, Paulo Capel Narvai

Em meados de agosto de 2020, quando se realizou o Diálogos Bucaleiros, organizado pelo Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco), o panorama da evolução da pandemia do covid-19 no Brasil era dramático. Registravam-se mais de 100 mil óbitos e mais de 3 milhões de casos. Em razão da subnotificação e da ausência de testagens em massa, estimava-se que poderia haver até 20 milhões de casos. A proporção baseada nos dados oficiais era de 48 mortes por 100 mil habitantes.

Aspecto singular do avanço da pandemia foi que se iniciou pelos setores médios e ricos, expandindo-se a seguir para as camadas populares. Pelo fato de ser um país continental, o Brasil enfrentou quadros diversos nestes seis meses, com a evolução da doença em forma desigual pelas regiões brasileiras. Isto gerou cenários em que alguns estados apresentavam incremento nos casos; enquanto outros se mantinham estabilizados, mas com altos patamares da doença. Muitos falaram não em “uma pandemia” no Brasil, mas em várias, concomitantes, para descrever esse quadro desigual e assíncrono, com características específicas em cada unidade federativa.

Esta diversidade pode ser explicada pelo avanço da pandemia nas camadas populares, em razão da pobreza e das desigualdades sociais, pelo mercado de trabalho informal, altas taxas de desemprego e subemprego, redução de salários e direitos, sucateamento de serviços públicos, precárias condições de urbanização, transportes públicos com excesso de lotação e pelas fragilidades do sistema de saúde. A redução de recursos para o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) no país atingiu o valor de R\$ 22,5 bilhões, de 2016 a 2019. Registra-se maior presença da doença nas populações negras e indígenas do país.

Em razão da pandemia houve sensível piora da situação socioeconômica no país. O desemprego atingiu a marca de 13,3%, com 9 milhões de desempregados de abril a junho. Previamente à covid-19, apenas 47,9% dos brasileiros tinham empregos formais. A informalidade atingia 40 milhões e o desemprego 12 milhões. Destaque-se que esta situação não foi exclusiva do Brasil. A partir de junho, a pandemia teve seu epicentro na América Latina, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que a pandemia dizia que os setores mais vulneráveis no continente, em apenas dois meses a América Latina apresentava oito novos bilionários na região, 52 milhões de novos pobres e 40 milhões de desempregados.

Ao se analisar as ações desenvolvidas pelo governo para enfrentar a pandemia, destaque-se que o Brasil é um país com três esferas de governo (federal, estadual e municipal), autônomas e independentes entre si. Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma gestão tripartite, baseada em pactos federativos.

A esfera de governo federal pode ser responsabilizada pela maior parte dos “desacertos” na condução do enfrentamento da pandemia. O presidente Jair Bolsonaro teve um comportamento inicial negacionista quanto a gravidade da covid-19, a exemplo de outros mandatários como Donald Trump e Boris Johnson. Em seis meses de pandemia, o Ministério da Saúde registrou várias trocas de gestão, com três ministros à frente da pasta. O general do Exército, indicado em caráter de provisoriedade no cargo, assumiu em maio e permaneceu durante todo o ano de 2020. Esta troca na gestão contribuiu para a desorganização do papel de articulação e coordenação do Ministério da Saúde.

Cabe assinalar que algumas iniciativas do Ministério da Saúde prejudicaram o enfrentamento da crise sanitária, como o atraso no repasse de recursos aos estados e municípios; a falta de testagem e até a tentativa de se proibir a divulgação de dados epidemiológicos.

A alocação de recursos pelo governo federal só se iniciou na primeira semana de abril, segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o CNS chegou a destacar o baixo ritmo de execução orçamentária e financeira desses recursos federais.

É oportuno destacar que o governo Bolsonaro aprofundou o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde ao manter a Emenda Constitucional n. 95, de 2016 (BRASIL, 2016), que congela os gastos sociais da gestão, mantendo o teto de despesas primárias, enquanto preserva o teto de despesas com juros e amortização da dívida pública.

Em relação às ações dos estados e municípios, cumpre enfatizar que alguns tiveram uma atitude firme no enfrentamento da pandemia em suas etapas iniciais, notadamente na defesa do distanciamento social e na ampliação dos serviços. Entretanto, a partir de maio, a maioria dos estados e municípios começou a flexibilizar o distanciamento social, o que contribuiu para a expansão da pandemia. Outra crítica é o fato de que a assistência à saúde priorizou notadamente a ampliação dos leitos clínicos e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em detrimento da utilização da rede de Atenção Primária à Saúde.

Em relação aos serviços públicos de saúde bucal, o governo federal também foi omissivo. A primeira normatização técnica só surgiu em meados de março, o que só ocorreu em razão da pressão de entidades de saúde coletiva, odontológicas e de alguns serviços públicos municipais e estaduais. A situação foi tão grave que a letargia do Ministério da Saúde fez com que várias entidades de saúde pública e odontológicas organizassem sugestões de protocolos assistenciais face à inoperância daquele órgão.

O fenômeno da troca de gestores federais também ocorreu na área, com a designação de três coordenadores no período. A área técnica permaneceu mais de um mês sem coordenador. A Política Nacional de Saúde Bucal também enfrenta uma grave crise, intensificada

notadamente após 2016, ano do impeachment da presidente Dilma Rousseff. A cobertura populacional potencial das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família estagnou em 43% da população, o que corresponde a 91 milhões de habitantes. Acrescida das outras modalidades de Atenção Básica, cobre potencialmente 112 milhões.

Dentre os problemas enfrentados pela área nos serviços públicos, destacam-se a falta de orientações técnicas organizadas pelas três esferas de governo; a ausência de debate sobre protocolos assistenciais entre estes níveis e casos de demissão de trabalhadores de saúde bucal precarizados no serviço público. Some-se a isso a crônica falta de equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores da área pública, bem como instalações físicas e ambiências inadequadas em grande parte dos serviços. Foram escassos os processos de educação permanente para os profissionais de saúde bucal do SUS, sobre cuidados com biossegurança no período. A orientação inicial do Ministério da Saúde foi a de que deveriam ser priorizados os atendimentos de urgência e emergência. Com a extensão da duração da pandemia, o adiamento na retomada dos procedimentos eletivos conduziu a um maior número de necessidades odontológicas.

Por outro lado, a odontologia de mercado pressionou pela reabertura de seus serviços. Cabe destacar que no Brasil a odontologia de mercado é composta por clínicas e redes odontológicas voltadas para o desembolso direto; franquias odontológicas e a odontologia suplementar, formada pelos planos e seguros de saúde. A odontologia suplementar enfrentou uma pequena queda no número de seus beneficiários em 2020, com a redução de 573 mil usuários. Atualmente 25,3 milhões de pessoas têm planos odontológicos.

Como proposições para a continuidade deste processo, no campo assistencial odontológico público, temos a necessidade de viabilizar as adequações das condições estruturais para o exercício seguro do trabalho odontológico, aprimorando os procedimentos de

biossegurança e a provisão de equipamentos de proteção individual, a fim de se assegurar a proteção dos profissionais da saúde bucal, da equipe multiprofissional e dos usuários do SUS.

Na reorganização do processo de trabalho, modificar as agendas para distribuir as consultas de urgência e as consultas programáticas, de modo a favorecer a identificação prévia das consultas geradoras e não geradoras de aerossóis, além da reserva de um tempo mais longo para consultas programáticas que possam ser mais resolutivas se apresentam como possíveis soluções. Outra demanda urgente é o fortalecimento do Complexo Médico-Industrial na América Latina, rompendo com a dependência tecnológica, observada nas últimas décadas. O Brasil, país que teve uma indústria odontológica pujante, viu-se na condição de dependência de equipamentos de proteção individual, por exemplo. A troca de experiências entre os países latino-americanos observada nesse evento deve ser valorizada. Não sairemos dessa pandemia sem uma ação articulada e inovadora.

REFERÊNCIAS

- FOSTER, J. B.; SUWANDI, I. Covid-19 y Capitalismo Catastrófico. 2020. *Sinpermiso*. 03/07/2020. Disponível em: <https://www.sinpermiso.info/printpdf/textos/covid-19-y-capitalismo-catastrofico>. Acesso em: 27 abr. 2020.
- EL BROTE del Covid-19 y las medidas de aislamiento. *Revista el torito*, n. 41, año 7, 2020. Disponível em: <https://www.periodicoeltorito.org/post/la-crisis-y-nosotros-i>. Acesso em: 27 abr. 2021.
- BOURDIEU, P. *Entrevista a Pierre Bourdieu - La lógica de los campos: habitus y capital*. 2013. Disponível em: <http://sociologos.com/2013/06/23/entrevista-a-pierre-bourdieu-la-logica-de-los-campos-habitus-y-capital/>. Acesso em: 21 jun. 2014.
- BRASIL. [Presidência da República]. *Casa Civil*. Ementa Constitucional n. 95 de 15 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

BREILH, J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. *In: RODRÍGUEZ, E.; BREILH, J. et al., Posnormales*, 2020.

CANCINO, Anselmo *et al.* Salud: Una mirada a su Promoción y Determinación Socio-histórica. *Promoción de la salud en la región de las américas* - Caja de herramientas. 2020. Disponible em: <https://www.promocionsaludregionamericas.com/trasfondo-historico-y-actual>. Acceso em: 28 abr. 2021.

CHAVES, Sônia C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 76-91, 2018. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>. Acceso em: 07 fev. 2021.

COHEN, N.; HOREV, T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems – the case of Israel’s pediatric dentistry reform. *Israel Journal of Health Policy Research*. v. 6, n. 24, 2017.

DI BELA, E. *et al.* Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: the contrasting positions at stake. *Health Policy*. v. 121, n.6, p. 575-581, 2017.

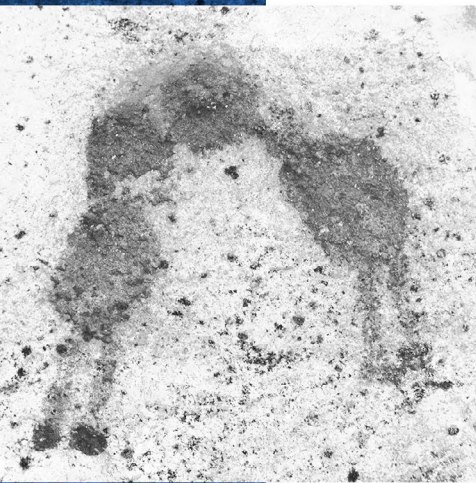
FOUCH. *Primera Línea en Clínica Odontológica Universidad de Chile*. 2020. Disponible em: <http://www.odontologia.uchile.cl/noticias/164447/primera-linea-en-clinica-odontologica-u-de-chile>.

FOUCH. *Taller Historias de dientes, cuentos que van de boca en boca*. 2020b. Disponible em: <http://www.odontologia.uchile.cl/agenda/164267/taller-historias-de-dientes-cuentos-que-van-de-boca-en-boca>.

GALAFASSI, G.; LENGUITA, P.; SALAZAR, R. *Nuevas prácticas políticas insumisas en Argentina: Aprendizaje para Latinoamérica*. Buenos Aires: LibrosEnRed, 2004.

HENAO KAFFURE, L. ¿Qué es una pandemia y cómo se determina? *UN Periódico Digital*. 2020. Disponible em: <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/que-es-una-pandemia-y-como-se-determina/>.

LOPEZ-ARELLANO, Oliva; BLANCO-GIL, José. La polarización de la política de salud en México. *Cafajeste. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-54, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100004>. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100004&lng=en&nrm=iso>. Acceso em: 15 dez. 2020.



MÉXICO. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible em: <https://www.inegi.org.mx/>.

MÉXICO. Secretaría de salud. Disponible em: <https://www.gob.mx/salud>.

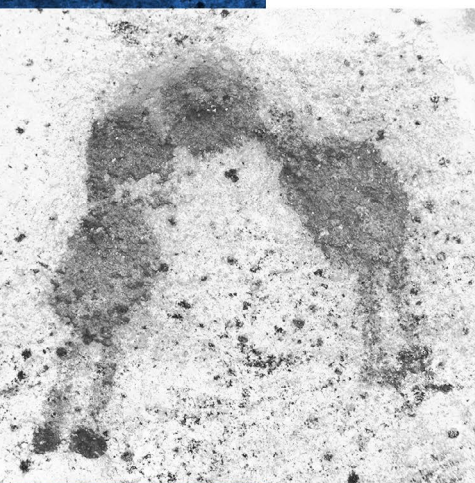
MINISTERIO DE SALUD CHILE. *Orientaciones para atención odontológica en fase IV covid-19*. 2020. Disponible em: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/ORIENTACIONES-ATENCION-ODONTOLOGICAS-COVID-19-.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD CHILE. *Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-CoV-2. 2020b*. Disponible em: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACIONES-GENERALES-ESTABLECIMIENTOS-APS-V.6.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD CHILE. Continuidad de atención a niños y niñas en atención primaria de salud, en el contexto de alerta sanitaria covid-19 segunda versión. 2020c. Disponible em: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Continuidad-de-Atencion-de-NN-en-APS-version-II.pdf>.

MORALES BORRERO, Carolina; MALDONADO MALDONADO, Lorena. Salud bucal colectiva en Colombia: un campo en construcción. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 38, n. 2, 2020. Disponible em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X202000200003&lng=en&nrm=iso Access on 26 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e335716>.

OVALLE, Marco Cornejo *et al.* Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal: Construyendo un bloque por más salud bucal - *Medwave*. 2019. Disponible em: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ResumenesCongreso/sp2018/SaludBucodent/SP106.act>. Acceso em: 25 abr. 2019.



10

Samuel Jorge Moysés

**ASPECTOS
POLÍTICOS E SOCIAIS
DA PANDEMIA
DA COVID-19 E O IMPACTO
NA SAÚDE BUCAL COLETIVA**

DOI: [10.31560/pimentacultural/2021.991.291-312](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2021.991.291-312)

BRASIL: UM PAÍS DE PACTOS SOCIAIS FEITOS PARA MANTER A “ORDEM DAS COISAS”

O escritor italiano Giuseppe Tomasi di Lampedusa cunhou uma frase famosa e amplamente citada, extraída do romance *Il Gattopardo* (*O Leopardo*): “Se queremos que tudo fique como está é preciso que tudo mude. Expliquei-me bem?” (DI LAMPEDUSA, 2017, p. 12). Ou seja, forja-se um simulacro ou falseamento da realidade, dissimulando mudanças, quando nenhuma mudança de fato ocorre.

Falemos sobre mudanças, reais ou ilusórias, que nos afetam no contexto da pandemia – sem nos esquecermos do contexto pré-pandêmico. A temática geral proposta para a sessão “Ágora” da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)¹, tratando dos *Desafios da Saúde Bucal Coletiva (SBC) Brasileira frente à Pandemia*, e que foi realizada no simbólico dia 14 de julho de 2020 – em 1789, houve uma mudança de base popular real, no enfrentamento do absolutismo e arbitrariedade na França –, é, em seus próprios termos, uma proposta desafiadora. Duplamente desafiados estamos, portanto: primeiro, ao aceitar debater tais plausíveis desafios da SBC; segundo, em uma sessão *on-line*.

Tais questões provocam a pergunta inicial: Partilhamos de um mundo em que ainda vale a pena fundamentar discursos e narrativas baseados em dados verificáveis? Ou nos abandonamos à ataraxia letárgica, despreocupada, feliz e alienada de que “o mundo é assim mesmo” – então, a mentira sempre existiu e nada sobre o humano, essencialmente, muda?

Lembremos que “pós-verdade” (*post-truth*) foi eleita a palavra do ano do dicionário Oxford, em 2016 (FLOOD, 2016); e mais, em

¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jskffLQP6EI%22+%2Fh&feature=youtu.be>

um mundo dominado por narrativas cujo lastro são teorias conspiratórias, a palavra/expressão “notícia falsa/fraudulenta” (*fakenews*) representou o ano de 2017, pelo dicionário Collins (QUANDT; FRISCHLICH; BOBERG *et al.*, 2019). Para o epistemólogo liberal Karl Popper (POPPER, 2004; POPPER, 2018), falsificabilidade é o carácter das teorias que são susceptíveis de serem honestamente refutadas pela experiência, mas que nunca podem ser definitivamente confirmadas ou corroboradas. Concordando ou não com Popper, do ponto de vista racional/sistemático o assunto ocupa nossa atenção há bastante tempo.

O problema é que a transição tecnológica recente facultou a bilhões de pessoas ter a posse individual de um *smartphone* – que dá acesso imediato e global a um número impensável de informações úteis e verificáveis – o que pode ser um efeito positivo, no sentido de inclusão tecnológica e democratização do conhecimento/informação. O antigo receptor passivo de “notícias jornalísticas” (usualmente tendenciosas), veiculadas por poderosos meios tradicionais de comunicação em sítios eletrônicos estáticos (web 1.0), torna-se subitamente um potencial produtor/emissor de “notícias opinativas” em plataformas mais dinâmicas e interativas (web 2.0). Cada pessoa, em rede, pode criar, enviar, repostar e comentar “notícias”. E este antigo receptor/passivo, agora emissor/ativo, converte-se, ambigualmente, em um mal também. Agora, a notícia verificável (factual) compete em desvantagem com um número também impensável de lixo tóxico informacional (sabendo-se que, estimativamente, o volume desse lixo é muito maior e sua difusão seis vezes mais rápida).

Abstraindo-se do julgamento moral e do possível viés intelectualista de Umberto Eco, sua posição repercutiu mundo afora (ECO, 2015):

As mídias sociais deram o direito à fala a legiões de imbecis que, anteriormente, falavam só no bar, depois de uma taça de vinho,

sem causar dano à coletividade. Diziam imediatamente a eles para calar a boca, enquanto agora eles têm o mesmo direito à fala que um ganhador do Prêmio Nobel. O drama da internet é que ela promoveu o idiota da aldeia a portador da verdade.

Portanto, instala-se a macrotendência dominante de uma fé ardorosa em *fakenews*, ou seja, aquelas circunstâncias em que os fatos objetivos são menos influentes em formar a opinião pública do que os apelos às emoções e à crença pessoal (EMPOLI, 2019). Nas redes sociais, as *fakenews* viralizam e se retroalimentam sobretudo de emoções negativas, pois são essas que garantem um maior “engajamento”. Os discursos de ódio contra o diferente, os ressentimentos sociais, a sapiência do “cientista de poltrona” que domina qualquer assunto ou o moralismo obtuso da “tiazinha do zap” são imediatamente acionados por mecanismos complexos de psicologia social, em um loop de validação social que tira proveito de nossas fraquezas e vulnerabilidades/identidades.

Mais recentemente, em novo salto tecnológico (web 3.0, ou web semântica), passamos a conviver com um processo mais complexo e “interpretativo” na utilização das ferramentas tecnológicas que usam intensivamente inteligência artificial, com filtros/seletividade de conteúdo de maior relevância, de acordo com as preferências manifestas de cada pessoa. Com o nascimento da web 4.0 impõem-se a mobilidade e a ubiquidade, em um enorme sistema operacional dinâmico instrumentalizando nosso desejo, criando perfis políticos, demandas consumistas e mercados sob medida (*tailored marketing*). De fato, com a *web* semântica houve uma extensão efetiva de nossa “memória/subjetividade” e, agora, nosso mais ardente desejo de adquirirmos poderes híbridos transumanos, potencializados por “tecnologias cognitivas”, torna-se simultaneamente nosso maior perigo.

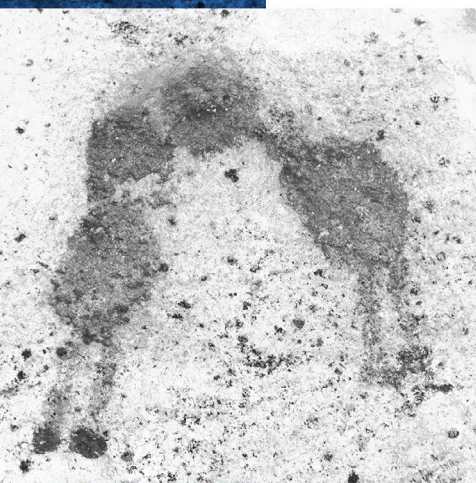
Morin (MORIN, 2018) já havia alertado que o *homo sapiens*, que representa o homem racional, deve ser compreendido com restrições,

porque o *homo* é também demens. É o sujeito do erro e da produção de desordem, carregando em si um lado de loucura, ilusão, confusão, o qual representa seu lado *homo demens* (NINIS; BILIBIO, 2012; MORIN, 2018). Convive-se, ao mesmo tempo, com estímulos para os quais nossos cérebros humanos não estão evolutivamente programados para processar e absorver de modo equilibrado. Há “intoxicação”, ou seja, a intoxicação pelo excesso de informação; bem como, a cilada psicológica das “infobolhas” que produzem sensação de verdade absoluta nos círculos estritos de vivência em redes, em função da manipulação feita por algoritmos e robôs informacionais (WILKE, 2020).

Entre outros eventos alarmantes, destacam-se as eleições nos Estados Unidos, no Brasil e alhures (KAUFMAN; SANTAELLA, 2020), na última quadra da história, nas quais houve papel já conhecido de empresas como a *Cambridge Analytica* (KAISER; FIUZA; KARR, 2020), não apenas replicando antigas práticas de enviesamento político, mas potencializando de forma jamais vista, mediante mineração e análise de dados em comunicação estratégica com comitês de campanhas, toda uma “fabricação do processo eleitoral (BERGHEL, 2018; LAPAIRE, 2018). E, assim, sucumbem as democracias contemporâneas, capturadas pelo mau uso das tecnologias, pela despolitização e pelo colapso da solidariedade social (LEVITSKY; ZIBLATT; AGUIAR *et al.*, 2018).

A “infodemia” referente à pandemia da covid-19 acentuou não só a percepção, mas a constatação que foi designada como pandemência (CASTIEL, 2020). Nosso cérebro parece preferir trabalhar com concepções dramatizadas dos fatos da realidade. Na era da pós-verdade, cada vez mais os fatos objetivos são desvalorizados, enquanto que paixões e crenças ganham força. Especialmente os afetos típicos das formas de vida mais distópicas, talvez, para muitos, dessensibilizando a angústia existencial.

É o que fez, por exemplo, séries tais como *Black Mirror* ganharem um grande público, entre fascinado e perplexo (LE MOS,



2018; JUNIOR; DOS SANTOS; VELLOSO, 2019). Desdobra-se o efeito (anti) narcísico do espelho quebrado, o espelho escuro das relações sociais que emergiram em redes. O fenômeno atrai, seduz, cativa, porque traz recompensas cerebrais tais como as drogas químicas com suas reações dopaminérgicas (BRUNO; BENTES; FALTAY, 2019). Ademais, vicia seus “usuários” – o termo-veredicto, também utilizado para designar drogaditos, que no documentário *O Dilema das Redes* descreve o precário estado da “cidadania rebaixada” daqueles usuários de redes sociais que se submetem e colocam a si mesmos, suas famílias e humanidade em risco, em decorrência do mau uso das novas tecnologias (ORLOWSKI; COOMBE; CURTIS, 2020). Parece ser mesmo correta a observação de Sófocles de que “nada grandioso entra na vida dos mortais sem uma maldição” (HADAS, 2006, p. 106). Para além de anteciparem manifestações de subjetividades tecnificadas, esses novos laboratórios sociocomportamentais encobrem experiências com o mundo da hipervigilância, ou capitalismo de plataforma, em que exercem não só uma docilização dos corpos pela biopolítica, mas avançam no controle psicopolítico (ZUBOFF, 2015; SRNICEK, 2017; HAN, 2018; BRUNO; CARDOSO; KANASHIRO *et al.*, 2019).

Há, claro, problemas adicionais. É mais fácil se guiar pela maioria, pois costumamos temer o que se convencionou chamar de “autofobia” (MANUEL, 2020), ou seja, o temor da solidão. Esse temor é frequente na disputa da opinião política, em particular, quando pode se amplificar a sensação de isolamento de visões no mundo – tendo em vista que já estamos (paradoxalmente) isolados nas “bolhas” ou rizomas de redes sociais. Além do medo, outros sentimentos nos fazem ver as coisas de modo distorcido, tendencioso (FERNANDES, 2019). Perdemos facilmente a perspectiva. Nossa disposição quase natural à categorização/classificação do mundo e das pessoas, mais frequentemente em duas categorias opostas, espelha a polarização e expõe o conflito na forma de ferida social crônica, aberta, não cicatrizável. Há, paralelamente, a intervenção constante de açuladores

camuflados de “estomaterapeutas sociais”, sempre prontos, de plantão, para oferecer tratamentos despolitizadores que lhes rendam monetização de canais na internet e poder circunstancial junto a seguidores. Polarização sempre fez muito sucesso, e hoje continua na moda. Imediatamente depois de assim proceder, partimos para a generalização que nos faz criar um mundo fraturado.

Uma situação social precisa ser vista de vários ângulos diferentes a fim de se obter uma melhor análise. Para uma leitura mais “otimista” da realidade, há autores propondo que busquemos transformar nossos “instintos pessimistas”, a partir de algumas orientações e guias práticos para uma virada de disposição mental (ROSLING; ROSLING; RÖNNLUND, 2018). Os autores em questão apresentam fortes argumentos favoráveis a uma visão mais otimista, porém tais argumentos frequentemente são mal interpretados para desinformar a sociedade. Afinal, reivindicam ainda os autores, o mundo atual com todas as suas imperfeições estaria em muito melhor estado do que supomos. Algumas coisas parecem ser imutáveis apenas porque a mudança acontece de forma devagar. Seria preciso entender que mudanças lentas, ainda assim, são mudanças. De todo modo, destacam em contraponto, cinco riscos com os quais “devemos nos preocupar”: pandemia global, colapso financeiro, uma nova guerra mundial, mudanças climáticas e a pobreza extrema que ainda aflige 700 milhões de pessoas no mundo (NEILL, 2018).

Como se vê, é preciso acolher a complexidade, combinando ideias e se comprometendo a solucionar problemas de forma mais completa e eficiente, desconfiando de soluções simples (e erradas) para problemas complexos. Não devemos buscar “bodes expiatórios” para culpar ou criar “espantalhos” para distrair a atenção diante de causas mais prováveis para a ocorrência dos fatos da vida. Com base nesses pressupostos, compreendendo como a atual visão de mundo das pessoas é um tanto quanto dramatizada e generalizada, e

buscando escapar de armadilhas binárias, polarizadoras, ou de visões fraudulentas não sustentadas em fatos, eu julgo por bem propor um pacto de reconciliação da SBC e da odontologia brasileira com o atual governo – neste Brasil, 2020. Um pacto para a mudança.

Repetindo palavras recentemente ouvidas, precisamos de uma “...necessária união de todos num grande pacto pela preservação da vida e dos empregos, Parlamento, Judiciário, governadores, prefeitos e sociedade, Deus abençoe o nosso amado Brasil...”².

Só que não!

NOSSO TERMO DE REFERÊNCIA PARA A ÁGORA

Fomos introduzidos a mencionada sessão Ágora, da Abrasco, assim:

“Diante do sombrio contexto global da pandemia da covid-19 e de como ela afeta a configuração social brasileira, tanto nos aspectos sanitário-epidemiológicos quanto nas dimensões humanas que englobam política, economia, cultura, meio ambiente, relações de classe, de gênero e de geração, impactando nossa sociabilidade e escancarando nossas históricas iniquidades, apresenta-se um dos maiores desafios conjunturais para o campo da saúde coletiva brasileira e, em particular, para a saúde bucal coletiva (SBC).”

A VERDADE DOS FATOS

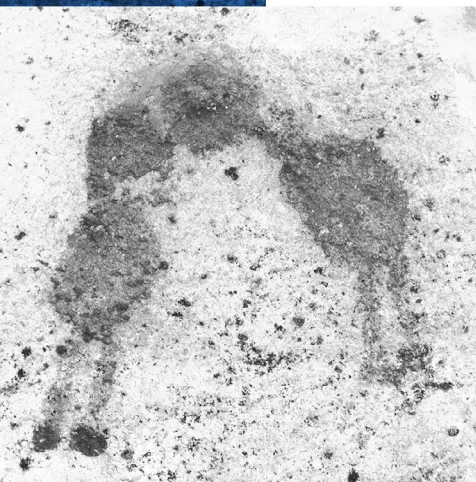
Em menos de dois anos, o inominável presidente vem liderando o que João Moreira Salles, na Revista Piauí, de julho 2020, denunciou nos seguintes termos (SALLES, 2020):

... degradou a cultura, a educação, a política ambiental, a Polícia Federal, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e de Recursos Naturais Renováveis (Ibama), o Itamaraty, a Fundação Nacional do Índio (Funai), a Procuradoria Geral da República, o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico (Iphan), a Fundação Nacional das Artes (Funarte), a Agência Nacional do Cinema (Ancine), a Casa de Rui Barbosa, a Fundação Cultural Palmares, a Biblioteca Nacional, a Cinemateca Brasileira, o Ministério da Saúde, as Forças Armadas [eu acrescentaria, a Ciência & Tecnologia, Capes, CNPq, o Inpe]. Não é obra de engenharia. É demolição.

E continua. O presidente afirmou em Washington, em 18 de março de 2019, na presença de representantes do conservadorismo e da extrema direita norte-americana e brasileira: “[...] O Brasil não é um terreno aberto onde nós pretendemos construir coisas para o nosso povo” [...] “Nós temos é que desconstruir muita coisa, desfazer muita coisa. Depois, podemos começar a fazer”.

A destruição tem fundo ideológico Tradicionalista (com T maiúsculo mesmo), já bastante investigado (TEITELBAUM, 2020), e a parte do refazimento não será com quem destrói. Os capatazes virão depois. Os militares supõem tê-los, esses capatazes, em seus quadros.

Se eu estivesse me dirigindo somente a *millenials*, os quais lendo ou assistindo livros-filmes-séries que se tornaram célebres conhecem bem a tentativa de “normalização” da iniquidade e a “naturalização” da perversidade, portanto estão familiarizados com a legião armada dos comensais da morte, sob o comando “daquele que não deve ser nomeado” – então, eu usaria o ‘-*Expelliarmus!*’, de Harry Potter. Observem, repito, observem: Tudo isso é pré-pandêmico!



E vocês imaginam que diante desse cenário de destruição, de seres humanos e instituições sendo empurradas para um precipício, somente áreas como a SBC (ou se alguns desejarem, a odontologia brasileira) sairiam ilesas, intactas, íntegras? O cenário transpandêmico só faz agudizar, ampliar tal esforço de destruição planejada, com a necropolítica também assumida como um pressuposto de ação pública. Assim, o Estado sob a tutela de tal composição governamental assume um papel nefasto.

ASPECTOS POLÍTICOS E SOCIAIS DA PANDEMIA DA COVID-19 E O IMPACTO NA SAÚDE BUCAL COLETIVA

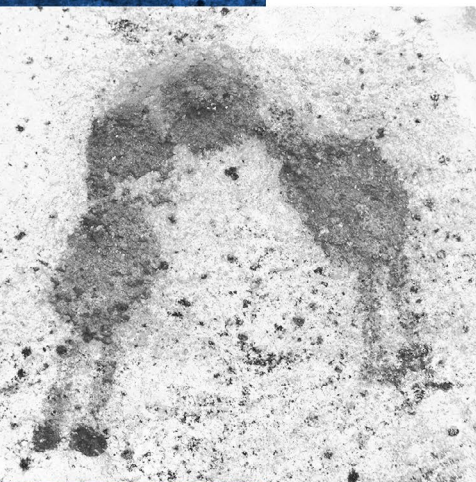
Dados os pressupostos das seções anteriores, configurando o cenário recente pré-pandêmico, caberia perguntar agora quais impactos políticos e sociais da pandemia nos afetam direta ou indiretamente, na saúde bucal coletiva?

Bem, a nossa localização socioespacial, o Brasil, reconfigura toda e qualquer análise. A pandemia, no Brasil de 2020, só circunscreve cronologicamente a crônica de uma tragédia anunciada – com ou sem pandemia. Sim, a pandemia permite olhar com uma lente de aumento aquilo que, historicamente, já sabemos sobre os acúmulos de iniquidade, exclusão e perversidade social que compõem o substrato da sociedade brasileira (VIACAVA; PORTO; CARVALHO *et al.*, 2019). É a pandemia, mas não é só a pandemia. Nosso buraco é mais em baixo, sempre foi... Desde nossa plataforma colonial genocida com povos indígenas, depois com a infâmia da escravidão, depois com o patrimonialismo imperial, depois com os vícios das várias repúblicas, permeada por golpes de estado.

E o impacto na SBC? De imediato, poderíamos lembrar de adiamentos (talvez cancelamentos) de intervenções sociais muitas caras ao nosso núcleo de ação na saúde coletiva, tal como o levantamento epidemiológico SB Brasil 2020 e toda a desconstrução que provoca no componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Porém, é muito mais e talvez mais grave. O desfinanciamento progressivo, a secundarização ou dificuldade de integração das equipes na APS, o descompromisso com a política de atenção especializada e a invisibilização da relação pesquisa-ensino-serviço-comunidade (CHAVES; ALMEIDA; REIS *et al.*, 2018; SCHERER; SCHERER; CHAVES *et al.*, 2018). Observem que, aqui, estamos teoricamente dando um passo além, ou um passo ao lado, ou um passo fora da simples análise da odontologia – tomada historicamente como especialidade técnica, mecânica, cirúrgico-protética, dentro das profissões da saúde.

A primeira questão que se impõe, então, vem na forma de ainda outra pergunta: É possível trabalhar concretamente, nas práxis diárias, com o conceito de “saúde bucal”? Ou tal conceito é apenas uma abstração útil?

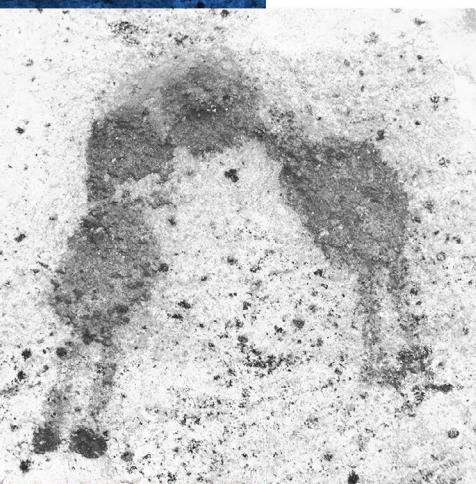
Se a boca, com todas as dimensões que o conceito de “bucalidade” envolve (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; DUCCI *et al.*, 2002; BOTAZZO, 2006; MOYSÉS, 2006; NARVAI, 2006; SOUZA, 2006) é parte integrante e inseparável da nossa constituição como humanos, então podemos admitir, sem armadilhas e percalços teóricos, que a saúde bucal humana conforma um campo concreto de práticas, interesses, disputas, narrativas, sobretudo de politização, ideologização e (des)mercantilização. É preciso reconhecer, de saída, as aproximações políticas entre o processo de construção e desenvolvimento da PNSB e o vigoroso Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que culminou na Carta Constitucional de 1988. Se há saúde bucal humana, então ela estará logicamente, doutrinariamente, pragmaticamente, legalmente contida no preceito constitucional.



Porém, alto lá! Sim, quando a Constituição brasileira determinou os princípios/diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, participação popular (“controle social”) não condicionou isso com quaisquer limitações fixadas para as questões atinentes à saúde bucal da população ou ao ordenamento institucional dos serviços respectivos. Entretanto, somente após as intensas lutas políticas das décadas de 1980 e 1990 é que o Brasil conseguiu promover o início da caminhada rumo a uma política de saúde bucal mais robusta, consistente – e “suleada” (DE FREITAS, 2019) – para a melhoria das condições de vida da população (ANTUNES; NARVAI, 2010; JUNIOR; GABRIEL; DE ALMEIDA CARRER *et al.*, 2020). Apresentaram-se, ao seu tempo, desafios ainda maiores: uma política em consonância com as necessidades de saúde em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais, mas também com proposição de atividades de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde. Inclusive, com demandas intersetoriais, como no caso da ampliação da rede pública de abastecimento de água fluoretada (BARBOSA, 2019).

A segunda questão importante é entender que Saúde Bucal “Coletiva” não é apenas um nome, uma expressão retórica, uma designação “lacradora” para um campo de práticas e de seus teórico-praticantes. Aqui vale a velha máxima: o que há por trás de um nome? Já demos conta da validade político-científica do termo saúde bucal, mas por que “coletiva”? Por que não apenas “odontologia de saúde pública”, como usado internacionalmente?

É bem conhecido em nosso meio que os termos Saúde Pública e Saúde Coletiva são facilmente confundidos, uma vez que as diferenças entre eles são muito sutis, mas existentes (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014). Saúde Pública e Saúde Coletiva nascem de histórias diferentes e que não são apenas traduzidas em uma questão de diferenciação de nomes. É possível definir para os dois campos não só valores, mas projetos e compromissos distintos.



A Saúde Pública toma como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos. A Saúde Coletiva, por sua vez, toma como objeto as necessidades de saúde, as condições para melhorar a qualidade de vida e, no limite, para permitir o exercício da liberdade humana na busca da vida mais saudável e da felicidade. A Saúde Pública historicamente mobiliza saberes da epidemiologia tradicional, do planejamento normativo e da administração de inspiração taylorista, em abordagens funcionalistas e biologicistas caudatárias da clínica. A Saúde Coletiva recorre à epidemiologia social (ou crítica) que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação socioambiental e das iniquidades em saúde, recorrendo ao planejamento estratégico/comunicativo e à gestão dialógica democrática, aberta aos saberes populares. Eleva-se, então, a consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Assim, os movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem algumas das estratégias da Saúde Coletiva. O agente da Saúde Pública é o trabalhador que desempenha as atividades tradicionais das vigilâncias - Epidemiológica e Sanitária, aplica os modelos de transmissão de doenças (controle de riscos), realiza ações de educação sanitária e fiscaliza a produção e a distribuição de bens e serviços definidos como de interesse da saúde na perspectiva reducionista do risco sanitário, definido pela clínica biomédica. O agente da Saúde Coletiva se atribui um papel abrangente e estratégico: a responsabilidade pela direção do processo coletivo de trabalho, tanto na dimensão epidemiológica e social de apreensão e compreensão das necessidades de saúde, quanto na dimensão organizacional e gerencial de seleção e operação de tecnologias para o atendimento dessas necessidades.

Em síntese, todas essas diferenças, ressignificações e identidades precisam necessariamente perpassar a SBC para gerar “desconforto” na odontologia (odontotécnica, intervenções dentocentradas) e

seus agentes, para gerar deslocamentos. No novo fazer da clínica é preciso produzir, tal qual o filósofo defende, a clínica do desvio (DELEUZE, 1988; BARROS; ZAMBONI, 2012), as intersubjetivações alcançadas com as “dobras de fora” do olhar clínico normativo, quando ocorre uma flexão do poder profissional/institucional que domina e tutela o “paciente”, de modo a permitir outra relação, a intercessão de um novo “poder” (como possibilidade) permitindo afetar a si mesmo e ao outro “afetos entre si”. É possível, então, um retorno ao mundo vivo do trabalho “com gentes e não somente com dentes”, com populações em seus territórios geográfico-existenciais, nos seus percursos terapêuticos ou de busca da escuta qualificada.

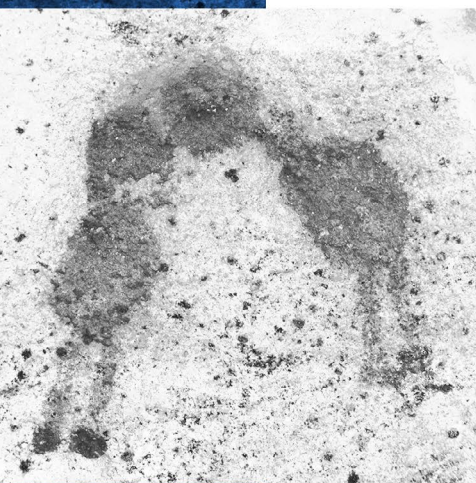
E, aqui, uma publicação já tornada clássica (CAMPOS, 2000) auxilia na compreensão/delimitação de esferas de ação e responsabilidades públicas (*res publica*), pois o campo e o núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva, para além de sua tendência de assumir posição de transcendência sobre o campo da saúde em geral, permite compreender a equipe de saúde bucal como núcleo atuante no campo da saúde coletiva, ou seja, também como construção sócio-histórica de sujeitos concretos (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; DUCCI *et al.*, 2002; MOYSÉS e SHEIHAM, 2003; DA CRUZ; GABARDO; DITTERICH *et al.*, 2009; MELLO; ANDRADE; MOYSÉS *et al.*, 2014).

Exatamente porque (i) estamos um passo adiante, ou um passo ao lado, ou um passo fora da odontologia, do modo como ela se constituiu globalmente; (ii) nosso movimento integrado à Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que culminou com a Constituição Federal de 1988 e com a construção social do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre nos exigiu compreender e fazer mais do que simplesmente transplantar as técnicas odontológicas para dentro do SUS; então, (iii) rejeitamos a ideia empobrecida, pedestre, trivial, de que nos bastaria praticar a boa técnica dos dentes e das gengivas, paralelamente a algumas defesas corporativas, para que tudo estivesse resolvido. Nosso

centro gravitacional não é a técnica odontológica. É a política de saúde em sua real envergadura, o que implica devolvermos a saúde bucal para o povo. Parem e reflitam o que significa isso: devolver a saúde bucal para o povo, para o coletivo que a todos nós traz fins comuns?

ALGUNS EXEMPLOS SERÃO ÚTEIS PARA ILUSTRAR O ARGUMENTO

Algumas políticas públicas mais amplas buscaram dar maior ênfase aos grupos vulneráveis, pessoas fragilizadas, incluindo também suas necessidades em saúde bucal (SOARES, 2012; AQUILANTE; ACIOLE, 2015; PUCCA; GABRIEL; DE ARAUJO *et al.*, 2015; SCHE- RER; SCHERER, 2015). Tomando como base a ideia de um sistema de saúde com alto grau de capilaridade, foram incluídas as equipes do Consultório na Rua – para atender a população em situação de rua – e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, criadas para atender as populações da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Ma- to-Grossense, além das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), que passaram a realizar atendimento odontológico no próprio veículo em diversas situações, como, por exemplo, em comunidades quilombo- las. Deve ser destacado que, para além das linhas de Ação do Brasil Sorridente, como Atenção Básica/ESF, fluoretação das águas de abas- tecimento, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), saúde indígena e assistência hospitalar, a Saúde Bucal atuou em interface com outros programas e ações do governo federal, evidenciando sua natureza de política transversal. Podem ser citados: Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Defi- ciência, entre outros. Enfim, equidade para as populações em situação de vulnerabilidade: negra, em situação de rua, LGBTQ+, do campo,



das águas e das florestas, cigana, com doenças raras, ribeirinha, de imigrantes, circenses, de refugiados, moradores e moradores de ocupações, refugiadas, em situação prisional, profissionais do sexo.

Quando insultos abomináveis são perpetrados, quando ataques e ofensas à nossa constituição democrática são cometidos, quando políticas excludentes e nocivas à saúde do povo brasileiro são arquitetadas no escuro submundo da economia política genocida, quando medidas de austeridade criminosa são implementadas, quando flertes com o neofascismo são vislumbrados, todo o direito conquistado com “sangue, suor e lágrimas”, no espaço de duas gerações, é atingido, inclusive com impacto na SBC. O quadro brasileiro mais recente, sob a guerra híbrida de espectro total (LEIRNER, 2020), aponta para o retorno de determinantes para o aumento da morbimortalidade: redução do investimento em proteção social, desemprego, precarização, aumento da pobreza, degradação ambiental, ou seja, intensificação das doenças/condições crônicas e a reemergência de doenças transmissíveis (LIMA; FELIPE; SILVA *et al.*, 2019; ORTEGA; ORSINI, 2020).

Portanto, a luta da SBC se cola na defesa do SUS e se insere nas lutas gerais por educação, moradia, transporte, emprego e renda, dentre tantas (BARBOSA, 2019; NARVAI, 2020). Isto inclui mobilização pela Revogação da EC-95 (“emenda da morte”) e do decreto 9.759 de 11 de abril de 2019 (que extingue colegiados da administração pública federal que tem participação social). Espantosamente, parte da CF-1988 foi reescrita sem necessidade de qualquer PEC, pois agora “saúde é um direito de todos e um dever do estado... desde que caiba no orçamento do ano anterior”. Em seguida, veio a decisão sobre a desregulamentação dos repasses federais, conhecida como o fim dos blocos de financiamento do SUS; algo, em princípio, positivo, mas que do modo como foi efetivada, não atendeu ao interesse público na saúde e, particularmente, à saúde bucal.

O momento político atual no Brasil representa ameaças à democracia e aos direitos sociais. A clivagem ocorrida no processo de construção da cidadania e inclusão social participativa busca conduzir o país para um modelo de Estado ultraneoliberal, onde o privado (o mercado) é a solução de todos os males e o público, por sua vez, o grande vilão. O resultado dessa política, se exitosa, levará às últimas consequências a concentração de renda, a extinção de direitos previdenciários e trabalhistas, assim como mais lucros para o sistema financeiro. Nessa direção, as ameaças às conquistas históricas relativas à construção das respostas do Estado aos problemas de saúde bucal são reais e alarmantes.

Para finalizar, a inclusão da saúde bucal na lei 8080/90 (lei orgânica da saúde), cujo projeto de lei encontra-se em fase final para deliberação na Câmara dos Deputados, já tendo sido aprovado no Senado, traz o entendimento de que o Programa “Brasil Sorridente” deve ter um caráter permanente, compondo uma política de Estado. O Projeto de lei (PL 8131/2017) traz à luz o direito à saúde bucal para compor as ações do SUS de forma explícita na legislação. É algo, sem dúvida, desejável. Contudo, a PNSB não é apenas um documento técnico, uma doutrina legal, mas a forma de expressão de uma política, de uma concepção sanitária, de uma visão de sociedade (NARVAI, 2020). Evidentemente, o conjunto das políticas públicas, implementadas pelo governo em curso, nada tem a ver com a concepção sanitária e social que deu origem ao Brasil Sorridente. Portanto, não basta que vire “lei”!

Precisamos contrariar a frase do personagem Tancredi, príncipe de Falconeri d’ “O Leopardo” (DI LAMPEDUSA, 2017). Saúde é mudança! Para valer!

Saúde é Democracia; viva Sérgio Arouca e a Abrasco!

Saúde Bucal Coletiva é Democracia; viva o GT-SBC/Abrasco!

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, p. 360-365, 2010.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of Sao Paulo. *Cad Saude Publica*, v. 31, n.1, Jan., p. 82-96, 2015.
- BARBOSA, S. D. N. Reflexões sobre Democracia, SUS e Saúde Bucal como direito. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.13, n.3, p.169-181, 2019.
- BARROS, M. E. B. D.; ZAMBONI, J. Gilles Deleuze, clínico da atividade filosófica: paradoxo do filósofo trabalhador. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 24, n. 3, p. 579-598, 2012.
- BERGHEL, H. Malice domestic: The Cambridge analytica dystopia. *Computer*, n. 5, p. 84-89, 2018.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.
- BRUNO, F.; CARDOSO, B.; KANASHIRO, M. *et al. Tecnopolíticas da vigilância: perspectivas da margem*. São Paulo: Boitempo Editorial. 2019.
- BRUNO, F. G.; BENTES, A. C. F.; FALTAY, P. Economia psíquica dos algoritmos e laboratório de plataforma: mercado, ciência e modulação do comportamento. *Revista FAMECOS*, v. 26, n. 3, p. e33095, 2019.
- CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CASTIEL, L. D. *Ensaio sobre a pandemência*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, 2020. Disponível em: <http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/ENSAIO-SOBRE-A-PANDEM%C3%8ANCIA.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.
- CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. D. L.; REIS, C. S. D. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde em Debate*, v. 42, n. Spe 2, p. 76-91, 2018.
- DA CRUZ, D. B.; GABARDO, M. C.L.; DITTERICH, R. G. *et al.* Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

DE FREITAS, ALS. Sulear as práticas: uma direção a partir do parentesco intelectual entre Paulo Reglus Neves Freire e Boaventura de Sousa Santos. *Educação Unisinos*, v. 23, n. 2, p. 287-300, 2019.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

DI LAMPEDUSA, G. T. *O leopardo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

ECO, U. Internet? Ha dato diritto di parola agli imbecilli: prima parlavano solo al bar e subito venivano messi a tacere. *L'Huffington Post*. Disponível em: https://www.huffingtonpost.it/2015/06/11/umberto-eco-internet-parola-agli-imbecilli_n_7559082.html. Acesso: 28/09/2020 2015.

EMPOLI, G. D. *Os engenheiros do caos*: Como as fake news, as teorias da conspiração e os algoritmos estão sendo utilizados para disseminar ódio, medo e influenciar eleições. São Paulo: Vestígio, v. 1, 2019.

FERNANDES, S. *Sintomas mórbidos*: a encruzilhada da esquerda brasileira. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

FLOOD, A. Post-truth named word of the year by Oxford Dictionaries. *The Guardian*. Tue 15 Nov, 2016. Disponível em: <https://www.theguardian.com/books/2016/nov/15/post-truth-named-word-of-the-year-by-oxford-dictionaries#:~:text=In%20the%20era%20of%20Donald,international%20word%20of%20the%20year>. Acesso em: 20 set. 2020.

HADAS, M. *Greek drama*: Bantam Classics. 2006.

HAN, B-C. *Psicopolítica*: neoliberalismo e novas técnicas de poder. Belo Horizonte: Ayine. 2018.

JUNIOR, D. R. C.; DOS SANTOS, R.; VELLOSO, L. Rede social e comunicação ubíqua: o que podemos aprender com Black Mirror? *Revista Diálogo Educacional*, v. 19, n. 62, p. 1128-1146, 2019.

JUNIOR, G. A. P.; GABRIEL, M.; DE ALMEIDA CARRER, F. C. *et al*. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal "Brasil Sorridente". *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 29-43, 2020.

KAISER, B.; FIUZA, B.; KARR, R. *Manipulados*: como a Cambridge Analytica e o Facebook invadiram a privacidade de milhões e botaram a democracia em xeque. Rio de Janeiro: HarperCollins Brasil. 2020.

KAUFMAN, D.; SANTAELLA, L. O papel dos algoritmos de inteligência artificial nas redes sociais. *Revista FAMECOS*, v. 27, p. e34074, 2020.

LAPAIRE, J-R. Why content matters. Zuckerberg, Vox Media and the Cambridge Analytica data leak. *ANTARES: Letras e Humanidades*, v. 10, n. 20, p. 88-110, 2018.

LEIRNER, P. C. *O Brasil no espectro de uma guerra híbrida: militares, operações psicológicas e política em uma perspectiva etnográfica*. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2020.

LEMOS, A. *Isso (não) é muito Black Mirror: passado, presente e futuro das tecnologias de comunicação e informação*. Salvador: SciELO-EDUFBA, 2018.

LEVITSKY, S.; ZIBLATT, D.; AGUIAR, R. *Como as democracias morrem*. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

LIMA, H. S. C.; FELIPE, J. S.; SILVA, J. A. A. D. *et al.* SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional De Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 10, p. 3713-3716, 2019.

MANUEL, J. A coragem do inconformismo. *Princípios*, n. 159, p. 368-370, 2020.

MELLO, A. L. S. F. D.; ANDRADE, S. R. D.; MOYSÉS, S. J. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 205-214, 2014.

MORIN, E. A Suportável Realidade. *Revista Cronos*, v.2, n.2, p. 23-30, 2018.

MOYSÉS, S. J. Assim é se lhe parece! *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 21-24, 2006.

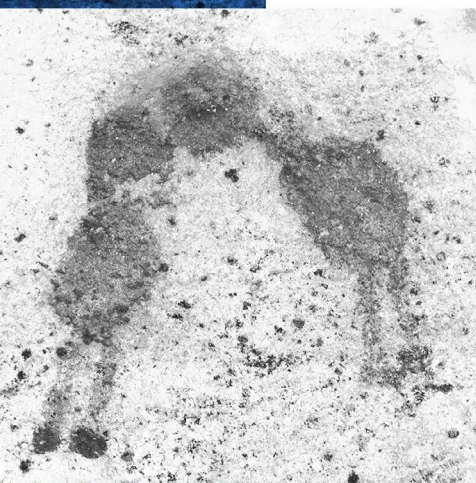
MOYSÉS, S. J.; SHEIHAM, A. A saúde bucal coletiva: personagens, autores ou... Pirandello de novo. In: KRIGER, L. (Ed.). *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 2003. p. 387-442.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L. *et al.*, Eds. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 18-21. 2006.

NARVAI, P. C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 175-187, 2020.

NEILL, J. Swansong of Hans Rosling, data visionary. *Nature*, v. 556, n. 7699, p. 25-26, 2018.



NINIS, A. B.; BILIBIO, M. A. Homo sapiens, Homo demens e Homo degradandis: a psiquê humana e a crise ambiental. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 46-55, 2012.

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, v. 15, n. 9, p. 1257-1277, 2020.

QUANDT, T.; FRISCHLICH, L.; BOBERG, S.; *et al.* Fake news. *The international encyclopedia of Journalism Studies*: Wiley Online Library, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118841570.iejs0128>. Acesso em: 20 de set. 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. D. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de saúde pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

POPPER, K. *Conjeturas e Refutações*. Lisboa: Edições 70, 2018.

POPPER, K. R. *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Editora Cultrix, 2004.

PUCCA, G. A. Jr.; GABRIEL, M.; DE ARAUJO, M. E. *et al.* Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.

ROSLING, H.; ROSLING, O.; RÖNNLUND, A. R. *Factfulness: ten reasons we're wrong about the world—and why things are better than you think*. Londres: Sceptre. 2018.

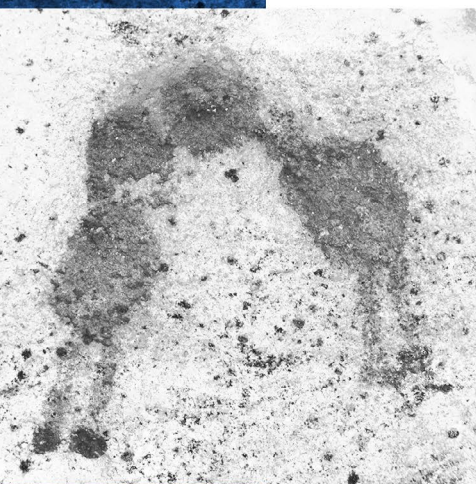
SALLES, J. M. A morte e a morte: Jair Bolsonaro entre o gozo e o tédio. *Piauí*. São Paulo, Edição eletrônica, julho 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-morte-no-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 11 de ago. 2020.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saude Publica*, v. 49, 2015.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. D. A.; CHAVES, S. C. L. *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, v. 42, n. Spe 2, p. 233-246, 2018.

SOARES, C. L. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz Oral Res*, v. 26 n. Suppl 1, p. 94-102, 2012.

SOUZA, E. C. F. D. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 24-28, 2006.



SRNICEK, N. The challenges of platform capitalism: understanding the logic of a new business model. *Juncture*, v. 23, n. 4, p. 254-257, 2017.

TEITELBAUM, B. R. *Guerra Pela Eternidade: o Retorno do Tradicionalismo e a Ascensão da Direita*. Campinas: Editora da Unicamp, 2020.

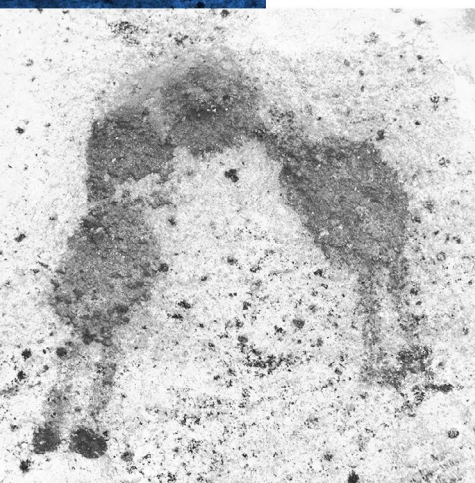
The Social Dilemma. Direção: ORLOWSKI, J. Roteiro: ORLOWSKI, J.; COOMBE, D.; CURTIS, V. 2020. Documentário (1h 34min). Disponível em: www.netflix.com.br. Acesso em: 15 de nov. 2020.

VIACAVA, F.; PORTO, S. M.; CARVALHO, C. C. *et al.* Health inequalities by region and social group based on data from household surveys (Brazil, 1998-2013). *Cien Saude Colet*, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. D. (Ed.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

WILKE, V. C. L. Pós-verdade, fake news e outras drogas. *Logeion: Filosofia da Informação*, v. 7, n. 1, p. 8-27, 2020.

ZUBOFF, S. Big other: surveillance capitalism and the prospects of an information civilization. *Journal of Information Technology*, v. 30, n. 1, p. 75-89, 2015.



11

Paulo Frazão

Elisete Casotti

Daniel Noro de Lima

Paulo Capel Narvai

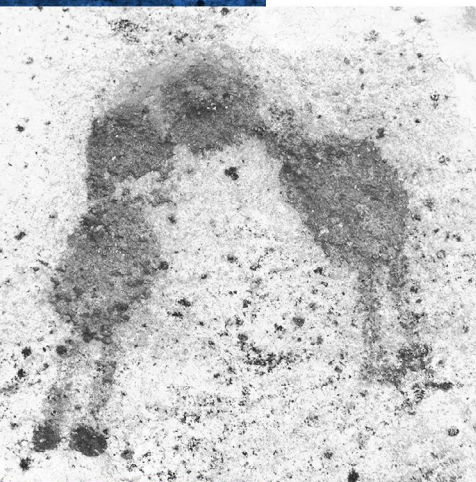
**O PAPEL DA SAÚDE BUCAL
COLETIVA NA VIGILÂNCIA
E NA ATENÇÃO BÁSICA
À SAÚDE FRENTE À COVID-19**

O ano de 2020 será lembrado como o ano da pandemia do novo coronavírus. Em 30 de janeiro, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou Emergência Sanitária Global. Havia mais de 8,2 mil casos identificados na China, com 171 vítimas fatais e 98 casos distribuídos em 18 países. Quarenta dias depois, eram 118 mil casos em 114 países e 4.291 pessoas tinham perdido a vida por causa da doença.

Na América do Sul, o primeiro caso da covid-19 (do inglês “Coronavirus Disease 2019”), causada pelo SARS-CoV-2, ou “novo coronavírus”, caracterizada por um quadro clínico em que sobressai a síndrome respiratória aguda grave, foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade mais populosa da região, São Paulo. Era um brasileiro, de 61 anos, que tinha viajado de 9 a 20 de fevereiro de 2020, para a Lombardia, norte da Itália, onde ocorria um surto significativo da doença, que levaria à paralisação do país europeu algumas semanas depois. Até então, a disseminação da doença tinha sido identificada na Ásia, na Europa e em algumas outras regiões do mundo. A América Latina, de exceção, no início da pandemia, viria a ser, nos meses que se seguiram, uma grande preocupação.

São Paulo possui o maior aeroporto do Brasil, com voos diretos de passageiros programados para 103 destinos em 30 países, e 52 voos domésticos, conectando não só com as principais cidades das Américas do Sul e Central, mas também com voos para a América do Norte, Europa, África e Oriente Médio (Dubai). Também há ônibus que oferecem serviço de ida e volta para os centros metropolitanos do Paraguai, Argentina, Uruguai e Bolívia. O Brasil também se conecta com o Chile, a Argentina e a Bolívia por meio de algumas conexões ferroviárias (RODRIGUEZ-MORALES *et. al.*, 2020).

Na primeira semana de abril de 2020, poucos meses depois do início da epidemia na China, em dezembro de 2019, tinham sido registrados mais de 1,5 milhão de casos e 85 mil mortes no mundo (JHU,



2020), e até o dia 8 de abril de 2020, tinham sido registrados 15.927 casos confirmados e 800 mortes pela doença no país (BRASIL, 2019). A velocidade da transmissão do novo coronavírus e o pouco conhecimento disponível sobre o tratamento mais efetivo, tornaram a covid-19 um evento pandêmico dos mais desafiadores em escala mundial neste século, do ponto de vista da cooperação global entre os países.

No Brasil, a covid-19 agravou uma crise sanitária que teve início com a onda conservadora que temos assistido há alguns anos e que busca excluir da agenda política, os trabalhadores, os desempregados, os idosos, os aposentados, os enfermos, e todos os que dependem da proteção social do Estado. Essa crise sanitária agravada pela covid-19 tem gerado enormes desafios para a Saúde Bucal Coletiva (SBC), compreendida como um movimento teórico-político com origem na Reforma Sanitária Brasileira voltado à defesa da saúde como um direito humano essencial (ABRASCO, 2007) que tem inspirado transformações relevantes nos processos de formação de profissionais e trabalhadores em diferentes níveis da educação; nas políticas de saúde bucal, incluindo os serviços odontológicos; e na produção de conhecimento científicos (FRAZÃO, 2016).

Os responsáveis principais por essa onda conservadora em nosso país são os economistas neoliberais que, agora assumindo uma postura claramente ultraliberal, dão sustentação à tese de uma crise fiscal “estrutural” do Estado, e com isso, propõe “uma redução máxima possível do tamanho do Estado”; e em segundo lugar, os partidos políticos liberais que representam os interesses da classe dominante (“rica”, na linguagem popular), incluindo segmentos da classe média, essencialmente rentistas, que dão sustentação ao governo federal e às representações políticas de base evangélica, militar e do agronegócio. A mídia comercial monopolista (“grande mídia”) e setores do Judiciário têm sido instrumentos para esse projeto de redução do Estado e de redução das políticas de proteção social.

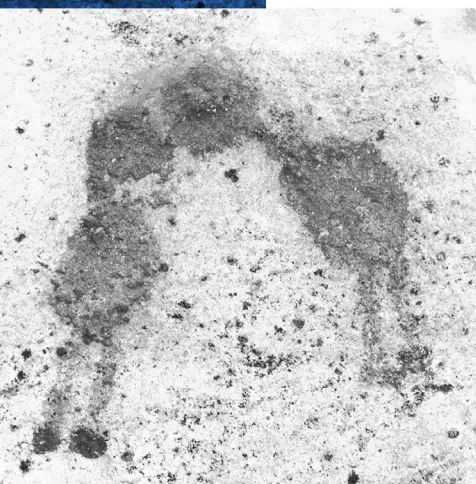
As consequências são menos recursos para financiar a educação, a saúde e a ciência e tecnologia para os próximos anos.

Com isso, tem sido observada redução do número de profissionais de saúde, redução do acesso a medicamentos, piora de alguns indicadores de saúde e aumento das pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) (FRAZÃO, 2020). No início da pandemia de coronavírus, alertava-se que essa diminuição da capacidade de resposta do SUS, representaria uma séria ameaça, não apenas aos serviços de assistência hospitalar, desigualmente distribuídos, em decorrência da lógica de mercado, que tem predominado enquanto orientação da política de saúde, mas sobretudo uma ameaça à população trabalhadora, às famílias de baixa renda e aos moradores da periferia e das favelas (FRAZÃO, 2020).

Menos recursos para a educação significam condições mais desfavoráveis para o projeto da Saúde Bucal Coletiva no ensino superior, mas também na educação básica; forte pressão para a redução das equipes de saúde bucal nos serviços públicos odontológicos básicos e especializados, e queda no fomento para a pesquisa em Saúde Bucal Coletiva.

E as perspectivas para o “trans” e “pós” covid-19 não são nada positivas. Do ponto de vista econômico, a tendência é uma centralização e uma concentração ainda maior dos recursos financeiros; aceleração da incorporação da robotização, da inteligência artificial, e do uso de aplicativos no processo produtivo, o que significa menos postos de trabalho protegidos pelo emprego formal, agravamento da crise econômica e da instabilidade política, com grande risco de desembocar numa crise social de difícil controle.

Mesmo diante da pandemia, quando havia mais de 1 milhão de casos confirmados e 50 mil mortes, o Ministério da Saúde dava demons-



trações diárias de indefinições de rumos e incompetência administrativa, até mesmo para simples execuções de recursos orçamentários.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram perdidos R\$12,9 bilhões liberados por medidas provisórias para serem executados no enfrentamento da covid-19, por não terem sido aplicados no prazo de 120 dias (CNS, 2020). Correligionários buscavam fazer crer que o governo estaria cortando gastos e evitando que o dinheiro da saúde fosse desperdiçado ou destinado a governos estaduais e municipais “da oposição”, que fariam apenas “uso político de recursos públicos” da saúde. Segundo essa versão delirante, não executar recursos orçamentários seria, portanto, uma demonstração da “esperteza do presidente Jair Messias Bolsonaro”. Não é, mas publicitários se empenham em encobrir a incompetência, difundindo a imagem falsa de um “governo austero”. Quando se considera o total de recursos autorizados pelo Congresso Nacional para o enfrentamento da pandemia, observa-se pelos dados disponibilizados pelo Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) que dos aproximadamente R\$ 41 bilhões, Bolsonaro executou apenas cerca de R\$ 20 bilhões, até meados de agosto de 2020. Nem transferiu recursos para estados e municípios, nem comprou, pelo governo federal, medicamentos, testes e equipamentos de proteção individual, dentre outros insumos. Dos aproximadamente R\$ 31,5 bilhões a serem transferidos para estados e municípios, para arcar com despesas com ações preventivas e assistência à população, pouco mais de R\$ 17 bilhões foram pagos. Os 26 estados e o Distrito Federal (DF) deveriam receber R\$ 7,7 bilhões desses recursos, apenas R\$ 5,1 bilhões (66,2%) lhes foram transferidos. Aos municípios caberiam outros R\$ 23,9 bilhões, mas apenas R\$ 12,2 bilhões (51%) chegaram aos fundos municipais de saúde. Outros cerca de R\$ 10 bilhões não foram sequer empenhados e permaneceram parados no Ministério da Saúde, sem destinação. Mais R\$ 3,9 bilhões do montante aprovado, e que estavam empenhados para transferência aos municípios, tiveram os

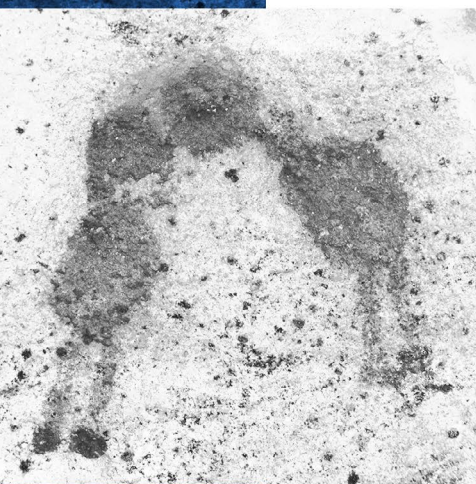
empenhos anulados pelo governo (RAMOS, 2020). Não houve, desde o início e durante todo o desenrolar do processo pandêmico no país, uma coordenação interfederativa de âmbito nacional, que articulasse as ações de nível federal, estadual e municipal no enfrentamento da pandemia (NARVAI, 2020).

Essa descoordenação enfraqueceu as políticas de vigilância epidemiológica e sanitária impedindo a articulação dos entes públicos e privados para a adoção das medidas de contenção, no início da transmissão comunitária, e de distanciamento físico, necessárias nas fases de aceleração e desaceleração, por meio de políticas criteriosas de restrição e de flexibilização da circulação. Tudo isso, levou ao prolongamento de um patamar bastante elevado de casos e óbitos.

A emergência sanitária poderia ter impulsionado a estratégia da regionalização para aprimorar a coordenação das atividades e integração das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de aprofundar a operacionalização das redes de serviços com base em espaços de cooperação e negociação permanente sob controle social e a superação das lacunas no exercício de competências para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde nos territórios. O processo de regionalização e as atividades de vigilância poderiam ter ganho um impulso enorme se as 438 regiões fossem consideradas como centros estratégicos de integração e articulação das ações e operações estratégicas de combate à covid-19.

Entretanto, o que se assistiu foi a política do governo federal marcada pelo “cada um para si”, pelo deixar que os brasileiros morram, e aproveitar o momento para fazer avançar o desmatamento, as privatizações, a proteção aos militares e a redução do Estado e das políticas de proteção social.

Desde o início, quando se apontava para a inoperância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pela falta de plantões



e de pessoal nos portos, aeroportos e fronteiras, já se alertava para uma possível escassez de insumos (o preço da caixa de máscaras cirúrgicas de R\$12 reais tinha ido a mais de R\$100 reais) e já se alertava para a necessidade de testes diagnósticos, de respiradores e de leitos de unidade de terapia intensiva etc. Ainda em julho de 2020 observavam-se hospitais federais com leitos desativados. Um país como o Brasil, situado entre as dez economias de maior porte em todo o planeta, foi incapaz de reorganizar agentes econômicos e reorientar processos produtivos a tal ponto que, inacreditavelmente, foi necessário importar luvas e máscaras faciais!

Três meses após o reconhecimento da transmissão comunitária, ainda não se dispunha de um sistema de informação unificado e ágil com dados detalhados sobre os casos notificados e confirmados, sobre as pessoas que foram testadas para infecção pelo novo coronavírus no setor público e privado, com informações sobre sinais e sintomas clínicos, incluindo as características sociais e demográficas, local de moradia, e grau de gravidade. Em pleno século XXI não temos dados confiáveis sobre a mortalidade e a morbidade. Ao contrário, o Ministério da Saúde vem se rejubilando com a publicação do que considera “placar da vida”, segundo o qual “o Brasil lidera mundialmente o número de ‘casos recuperados’” (NARVAI, 2020).

O art. 16 da Política Nacional de Vigilância em Saúde (aprovada pela Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde) que determina que “o financiamento seja garantido de forma tripartite, de forma específica, permanente, crescente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários” não vem sendo cumprido.

O importante trabalho técnico da Secretaria de Vigilância à Saúde passou a ser descontinuado sistematicamente. Os órgãos de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária de estados e municípios se ressentem da campanha permanente de desvalorização do servidor público e do processo de precarização das estruturas de planejamento estratégico-operacional que se revela na desatualização dos recursos

de informática e comunicação, na falta de viaturas e de incentivos para o aperfeiçoamento profissional (FRAZÃO, 2020).

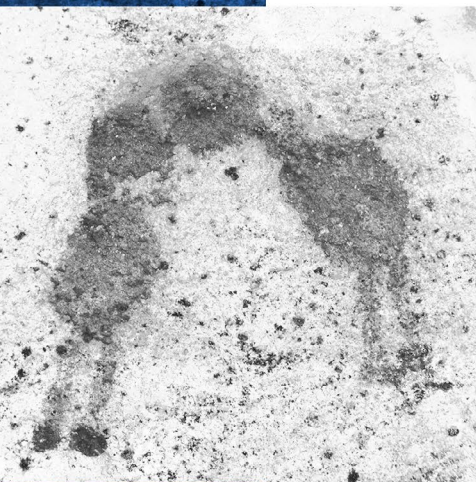
Durante a covid-19, o foco tem sido a informação de base hospitalar quando a pandemia é um fenômeno de base comunitária. Passados seis meses do início da pandemia, não se dispõe de adequada capacidade de realização de testes diagnósticos (RT-PCR) de sintomáticos e seus contatos, nem ferramentas de base sindrômica, nem diretrizes nacionais claras sobre o papel da atenção básica no território.

Quando se fala de medidas não farmacológicas para enfrentar a covid-19 para fazer referência a medidas de proteção social como o distanciamento físico, a restrição da circulação, as barreiras sanitárias e a quarentena, é clara a sinalização de que ainda estamos submetidos a uma visão biomédica que predomina na maioria dos comitês de contingência que enxergam na Atenção Básica apenas um papel secundário em relação à covid-19.

Muitos gerentes não veem o papel da atenção básica no território apoiando as comunidades e pensam o trabalho da atenção básica apenas da porta da unidade para dentro. Isso é um fator limitante para a participação de todos os trabalhadores da Atenção Básica no enfrentamento da epidemia, não apenas limitante das equipes de saúde bucal.

Essa visão também está presente, e muito difundida, entre os profissionais e trabalhadores da equipe de saúde bucal. Muitos acham que o seu papel em relação a covid-19 é apenas na retaguarda de urgência, desconsiderando o potencial de participação e apoio nas demais atividades de enfrentamento da doença, principalmente aquelas a serem desenvolvidas no território junto às comunidades.

No âmbito da saúde bucal, cabe destacar que em meio à emergência sanitária, a Coordenação Geral de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, teve sua titular Dra. Rogéria Cristina Calastro



de Azevedo, exonerada e substituída em 17 de junho de 2020, pelo Sr. Vivaldo Pinheiro Guimarães Junior (BRASIL, 2020a), cidadão sem qualquer formação acadêmica/profissional na área odontológica ou demonstração de capacidade técnica para conduzir a pasta (NARVAI, 2020), o que suscitou ação popular com pedido de antecipação dos efeitos da tutela de urgência em decorrência de ato administrativo com nítido desvio de finalidade (FILHO, 2020) sendo o mesmo exonerado 49 dias depois (BRASIL, 2020b). Em 04 de agosto de 2020 foi nomeada a cirurgiã-dentista Caroline Martins José dos Santos (BRASIL, 2020c).

Até a primeira quinzena de julho, estávamos com quase 2 milhões de casos e 80 mil óbitos. Há fundada razão para considerar que se trata de dados subestimados (RUPRECHT, 2020). A situação não tem sido ainda pior, graças à atuação do Supremo Tribunal Federal, do Congresso Nacional, dos governadores e dos prefeitos que têm enfrentado a pandemia a despeito do boicote sistemático do governo federal que dissemina notícias falsas, atrasa as medidas de proteção econômica, não assegura equipamentos e insumos e, ainda por cima, enfraquece a política de distanciamento físico e restrição da circulação do vírus.

Nesse ponto, vários estados e municípios têm colocado em prática medidas importantes para ajudar a população a ficar em casa, apoiar as comunidades para identificar pessoas com sintomas, identificar casos, rastrear contactantes, promover o isolamento em locais adequados, a fim de romper com a cadeia de transmissão, o que sem isso, a pandemia não será controlada rapidamente. Em nível estadual é dignificante ver as estratégias de cooperação entre os estados da região nordeste. Em muitos municípios, a rede de atenção básica à saúde tem sido organizada para apoiar as comunidades nos territórios (São Caetano do Sul, Araraquara, Florianópolis, Belo Horizonte, Teresina, dentre outros).

Nesse ponto, os trabalhadores e profissionais da saúde bucal no SUS, dada sua formação, têm muito a colaborar na continuidade

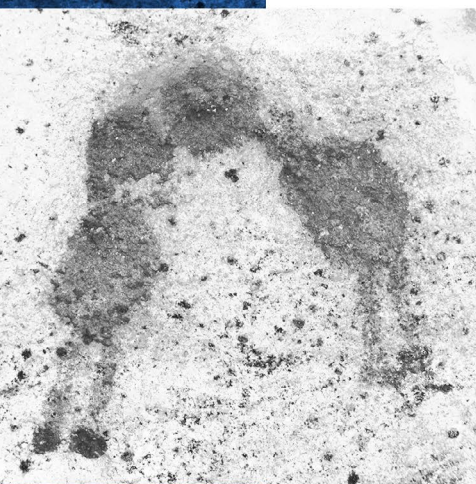


da assistência, por meio do telefone, recursos digitais, visita domiciliar; colaborar nas diferentes etapas da vigilância, participando não apenas no acolhimento, na avaliação de sintomas, de potenciais casos, na realização da notificação, mas também nas ações comunitárias, de mobilização de lideranças, de apoio aos grupos mais vulneráveis, de adaptação de escolas e espaços às necessidades da população.

Neste aspecto, cabe destacar a nota divulgada na Rede de APS pelas professoras Daniela Lemos Carcereri (Universidade Federal de Santa Catarina), e Elisete Casotti (Universidade Federal Fluminense), em 11 de maio de 2020; e a Resolução do Conselho Federal de Odontologia, de 04 de junho de 2020, que autorizou o telemonitoramento e a teleorientação, ainda que de forma bastante limitada.

Durante o enfrentamento da pandemia, os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos e várias experiências foram desenvolvidas nas quais profissionais e trabalhadores da saúde bucal participaram de triagem rápida (*fast-track*) em unidades de diferentes complexidades, incluindo telemonitoramento e priorizando gestantes e doentes crônicos.

Pelo seu significado, uma experiência junto à equipe de Consultório de Rua sob gestão do município de Niterói merece ser destacada. A cidade contava com duas equipes (um coordenador, um cirurgião-dentista, uma médica, uma psicóloga, dois enfermeiros, dois assistentes sociais, dois técnicos de enfermagem e um redutor de danos) responsáveis pelo cuidado à saúde de 588 pessoas em situação de rua ou acolhidos nos cinco equipamentos de abrigo da cidade, que incluíam 140 vagas nos dois hotéis arrendados provisoriamente para esse fim. A população chamada “poprua” representava 0,11% do município sendo considerada em situação de extrema vulnerabilidade social. As equipes contavam com o apoio de duas vans, possibilitando a abordagem em todo o território municipal. Do total de usuários cadastrados, 83% se autodeclaravam pardos



ou pretos e 70% eram homens. Dentre o complexo conjunto de necessidades de saúde, 58% eram adictos de álcool e outras drogas e 11% tinham comprometimento psiquiátrico (NITERÓI, 2020).

Os efeitos econômicos e sociais produzidos pelo avanço da pandemia, impactaram diretamente nas condições de vida dos usuários do Consultório na Rua e, conseqüentemente, no cotidiano do trabalho das equipes. A dinâmica da cidade mudou bruscamente: o serviço do restaurante popular foi interrompido, diminuiu a distribuição de alimentos realizada por organização não governamental, igrejas e o ritmo da cidade desacelerou. A pouca circulação de pessoas nas áreas centrais inviabilizou a permanência daqueles que se mantinham de doações ou viviam de outras possibilidades à margem das ruas – o que produziu um deslocamento dos grupos, com o esvaziamento dos locais onde se vinculavam.

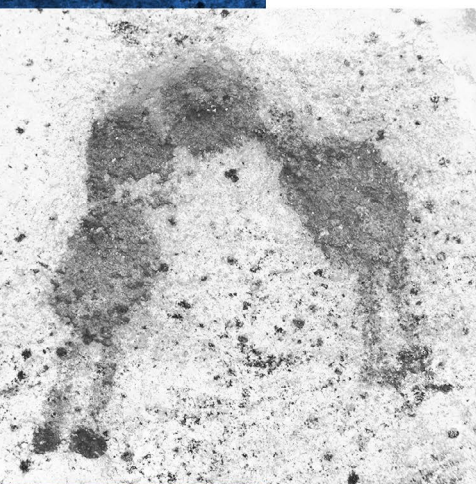
Com esse novo cenário, a equipe intensificou as ações de assistência e vigilância nos equipamentos de abrigo. Com os procedimentos odontológicos eletivos suspensos, o dentista da equipe aumentou a carga horária destinada às novas demandas junto aos demais profissionais da equipe. Passou a realizar visitas diárias nos abrigos; rastreio de sintomáticos covid-19 e ações permanentes de orientação sobre prevenção da doença. Realizou capacitação para teste rápido e para coleta de material nasofaríngeo para detecção do vírus por meio do RT-PCR (teste molecular com base na reação em cadeia da polimerase-transcriptase reversa) e foi um dos responsáveis pela coleta e pelo registro dos casos nos instrumentos de vigilância.

Uma importante atuação em equipe foi o caso do hotel emergencial 1 (H1), que em sua fase inicial de implantação, proporcionou ambientes de aglomeração que somados a baixa adesão aos novos hábitos de prevenção, possibilitou a infecção de 11 pessoas, entre usuários e educadores sociais, de maio a junho de 2020. A partir do primeiro caso covid-19 positivo no H1, os profissionais de saúde incluín-

do o dentista trabalharam diretamente na organização e execução das ações de vigilância e acompanhamento, assim como na intensificação da implantação das medidas de proteção e prevenção do contágio da doença neste e nos demais ambientes dos abrigos/hotéis. A equipe de saúde bucal participou na identificação e notificação dos casos suspeitos, e também na realização, tanto do teste sorológico (para detecção de anticorpos contra o vírus, principalmente das classes IgG e IgM), quanto do RT-PCR, fundamental para a rápida detecção dos casos e para controle do surto. Realizou orientações sistemáticas sobre as medidas de prevenção e a importância do isolamento social neste momento tão crítico. Contribuiu ainda nas medidas para garantir a transferência dos doentes para o Centro de Quarentena – espaço destinado aos casos covid-19 positivos, sem condição de isolamento domiciliar ou em situação de abrigo.

A despeito da diversificação das ações, a atenção em saúde bucal não foi descontinuada. Tiveram prosseguimento as orientações para higiene bucal e consumo racional de açúcar, assim como a distribuição do kit de higiene bucal para os usuários. Intervenções clínicas no consultório foram mantidas para o caso das urgências odontológicas, enquanto as demais demandas foram avaliadas e progressivamente agendadas, sendo que nos primeiros 30 dias apenas os casos com maior gravidade foram absorvidos.

Em 15 de outubro de 2020, foram completados 90 dias sem novos casos da doença na população potencialmente mais vulnerável do município. Em decorrência do trabalho das equipes, nenhum usuário foi perdido para covid-19. O número total de casos confirmados foi aquém do esperado, assim como as complicações devido às condições de vulnerabilidade, o que pode ser explicado pelo estrutural isolamento social a que esta população específica esteve submetida. Nos abrigos, as medidas de proteção implantadas pelos sistemas públicos de saúde (SUS) e assistência social (SUAS) foram

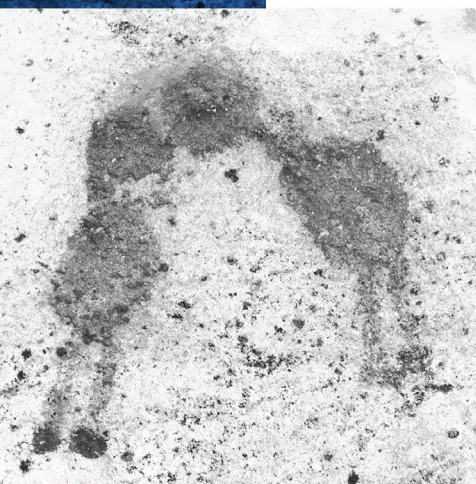


fundamentais. Nas ruas a “invisibilidade” e a marginalização de seus corpos possivelmente os protegeram.

Como este, muitos outros casos poderiam ilustrar a competência técnica e o compromisso ético-político dos trabalhadores e profissionais da linha de frente, tanto nas ações comunitárias, como nas diferentes portas de entrada e pontos de atendimento que compõem o sistema de atenção à saúde mantido com os insuficientes recursos que são destinados ao SUS em nosso país.

Além disso, as equipes multiprofissionais têm e terão um papel crucial nas etapas de preparação dos planos de segurança sanitária no território de abrangência da atenção primária. Esse planejamento inclui componentes ligados a como manter distanciamento físico até que se tenha uma vacina: isso tem importantes implicações para salas de espera, transporte público (os veículos e os pontos de embarque/desembarque), salas de aula, áreas de recepção de pessoas, serviços de alimentação, eventos culturais e esportivos, sendo que todas as áreas propícias a aglomeração devem ser objeto do cuidado das equipes da atenção básica e da vigilância. A isso se somam estratégias que visam a propiciar a opção do teletrabalho para pessoas de risco, disso decorrendo um conjunto enorme de implicações. Além disso, é preciso garantir o uso de equipamentos de proteção individual e insumos de uso doméstico e de proteção de coletividades. São vários detalhes relacionados com máscaras, sabão, álcool-gel, sanitização e desinfecção de ambientes, racionalização do uso de aerossóis na consulta odontológica, entre outros aspectos.

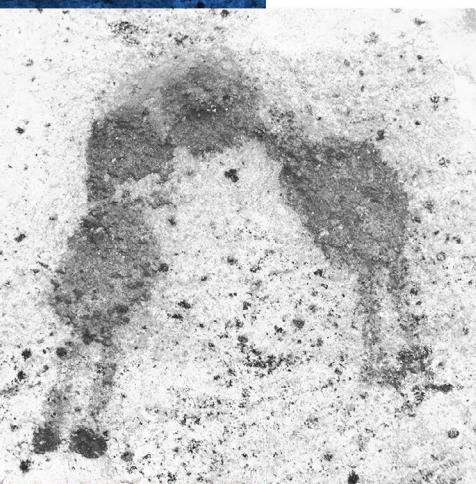
Neste contexto de covid-19, um ponto crucial para a SBC se dará nas eleições municipais de 2020. Com a pandemia, consultórios, ambulatórios e hospitais precisam seguir protocolos mais rigorosos que podem resultar em menor capacidade de atendimento, razão pela qual os serviços de vigilância e de assistência à saúde devem ser dotados de estruturas com instalações e equipamentos adequados,



equipe multiprofissional bem remunerada e motivada, e espaço para a participação social por meio dos conselhos e conferências de saúde. Pressões de governantes candidatos (e também de candidatos não governantes) para que os serviços públicos odontológicos intensifiquem, a qualquer custo, sua produção, deve ser rejeitada enfaticamente, cabendo denúncias e recursos aos órgãos das categorias profissionais da odontologia, notadamente os conselhos regionais de odontologia (CRO) e, também, a autarquia nacional, o Conselho Federal de Odontologia (CFO).

Para superar a grave crise sanitária, econômica e política, é crucial um sistema político que recupere sua conexão com as forças representativas da sociedade. Nesse sentido, o projeto da SBC tem muitos degraus a escalar seja no ensino odontológico, no movimento sindical e nas entidades profissionais, e principalmente no SUS.

É preciso construir junto aos candidatos a prefeito(a) o compromisso com a expansão da rede de atenção à saúde bucal do SUS. Ainda hoje existem muitas unidades básicas de saúde sem sequer uma equipe de saúde bucal. São unidades básicas de saúde localizadas em áreas de difícil acesso sem cirurgião-dentista e unidades com provimento deste profissional que, no entanto, atua sozinho sem a participação de profissionais técnicos de saúde bucal (TSB) e auxiliares de saúde bucal (ASB). Embora o número de municípios sem recursos odontológicos públicos tenha diminuído nas últimas décadas, a estrutura de oferta de assistência odontológica pública ainda é modesta diante das necessidades de saúde bucal da população brasileira. O hiato entre as necessidades assistenciais e a capacidade de oferta de serviços públicos pelo SUS é imensa, sequer sendo dimensionada na maioria dos municípios. Recentemente, foi estabelecido novo modelo de financiamento de custeio (BRASIL, 2019d), substituindo o Piso da Atenção Básica pela captação ponderada e o pagamento por desempenho, no contexto do programa denominado 'Previne Brasil'.



Por não contemplar adequadamente os usuários não cadastrados no financiamento e pela possibilidade de enfraquecer a base territorial que deve orientar a organização da atenção básica, a portaria vem sendo vista como uma ameaça aos princípios da universalidade do SUS.

Com isso, a responsabilidade sanitária das equipes multiprofissionais para impulsionar iniciativas, a fim de enfrentar os determinantes da saúde-doença no território, por meio de atividades planejadas de vigilância em saúde, junto aos grupos populacionais vulneráveis, deixam de ser contempladas no financiamento. Uma das consequências poderá ser o abandono das atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no território. Oferta restrita a atividades curativas é uma das características da medicina e da odontologia de mercado. Com isso, projetam-se menos recursos para financiar as ações coletivas de saúde bucal. Importar o modelo de organização adotado pelo mercado de prestação de serviços de saúde para dentro do Sistema Único de Saúde, apenas incentivará a terceirização dos serviços e aprofundará as desigualdades.

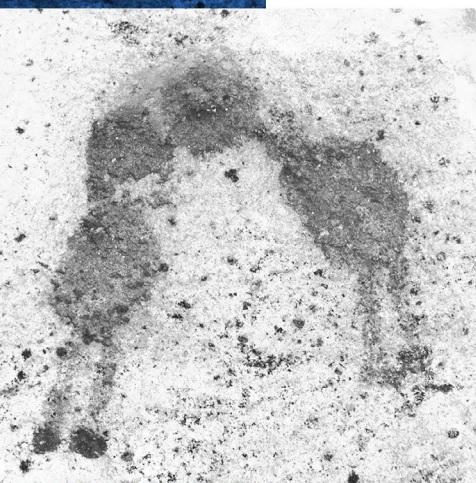
Junto aos candidatos a prefeito, é preciso também construir o compromisso com condições estruturais para o exercício seguro do trabalho odontológico e quantidade adequada de auxiliares e técnicos de saúde bucal. Neste ponto cabe destacar que a portaria que instituiu a equipe de Atenção Primária (eAP) não distingue as equipes de saúde bucal com a presença e sem a presença do TSB (BRASIL, 2019e). Assim, projeta-se a curto e médio prazo, não apenas um recuo de importância estratégica e péssimas consequências para o objetivo de romper com a influência da odontologia de mercado no SUS, mas agravado pela tendência de substituição dos TSB por ASB, como forma de redução dos custos e adaptação a um modelo de financiamento voltado à assistência individual de pessoas cadastradas, consoante ao modelo adotado no mercado de prestação de serviços de saúde.

Além disso, há várias adaptações a serem incorporadas nas formas de organização do trabalho odontológico o que vai requerer forte apoio dos futuros prefeitos e coordenadores municipais de saúde bucal comprometidos com um modelo de atenção voltado à vigilância da saúde (e, nele, a vigilância da saúde bucal).

Para concluir, acreditamos que nós somente superaremos os desafios da Saúde Bucal Coletiva no SUS se articularmos melhor as ações de vigilância da saúde bucal junto à vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância de saúde do trabalhador e vigilância ambiental, fortalecendo as ações intersetoriais em todas as áreas importantes no processo de determinação social da saúde e se resistirmos ao movimento de enfraquecimento e desqualificação da atenção básica à saúde.

Nesse sentido, precisamos fortalecer o movimento da Frente pela Vida na Saúde composto por várias organizações e entidades, e que lançaram em 3 de julho de 2020, o Plano Nacional de Enfrentamento a Pandemia da covid-19.

Sem a reconstrução de um novo contrato social, onde sejam priorizadas as especificidades e demandas das populações vulnerabilizadas e oprimidas, em torno de um projeto político-econômico inclusivo e sustentável, apoiado em bases democráticas e em ciência e tecnologia orientadas à efetivação dos direitos sociais à educação, à saúde e à cultura, dificilmente vamos estar preparados para enfrentar as epidemias do presente e do futuro.



REFERÊNCIAS

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Grupo de Trabalho-Saúde Bucal Coletiva. Carta de Salvador. *Aprovada no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, São Salvador, Bahia, 18 jul. 2007.

BRASIL(a). Ministério da Saúde. Portaria N° 1.557, de 17 de junho de 2020. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, edição 116, seção 2, p. 30, 18 jun. 2020.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Portaria N° 1.887, de 29 de julho de 2020. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, edição 145, seção 2, p. 29, 30 jul. 2020.

BRASIL(c). Ministério da Saúde. Portaria N° 1.966, de 4 de agosto de 2020. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, edição 161, seção 2, p. 38, 5 ago.2020.

BRASIL(d). Ministério da Saúde. Portaria N° 2.979, de 12/11/2019. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, edição 220, seção 1, p. 97, 13 nov. 2019.

BRASIL(e). Ministério da Saúde. Portaria N° 2.539, de 26/09/2019. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, edição 188, seção 1, p.164, 27 set. 2020.

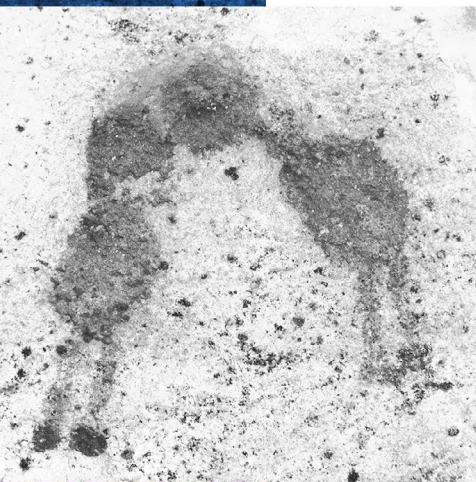
BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil. Brasília: *Ministério da Saúde*; 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 8 abr. 2020

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dinheiro indisponível: Ministério da Saúde deixa de investir R\$ 12,9 milhões no combate à pandemia [Internet]. *Conselho Nacional de Saúde*. 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1325-dinheiro-indisponivel-ministerio-da-saude-deixa-de-investir-r-12-9-milhoes-no-combate-a-pandemia> Acesso em: 14 set. 2020

FILHO, N. Ação popular com pedido de antecipação dos efeitos da tutela de urgência, impetrada junto a 3ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Estado da Bahia. Processo n. 1025579-58.2020.4.01.3300.

FRAZÃO, P. Influenza e meningite meningocócica: duas epidemias, duas histórias e lições que refletem o atraso da elite política brasileira. *Jornal da USP*. 30 mar. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/influenza-e-meningite-meningococica-dois-exemplos-do-atraso-da-elite-politica-brasileira/> Acesso em: 15 out. 2020.

FRAZÃO, P. Pós-fácio. In: CHAVES, S. C. L. (org.). *Política de saúde bucal no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2016.



JHU - JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE. Johns Hopkins University, 2020. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 8 abr. 2020.

NARVAI, P. C. Impunidade de rebanho. *A Terra é Redonda*. 17 aug. 2020. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/impunidade-de-rebanho/>. Acesso em: 15 out. 2020.

NARVAI, P. C. Saúde bucal no SUS: rejeitar politicagem e priorizar a área. *Jornal Odonto & Saúde Integral*. 23 jun. 2020. Disponível em: <https://www.jornaldosite.com.br/?p=3787>. Acesso em: 15 out. 2020.

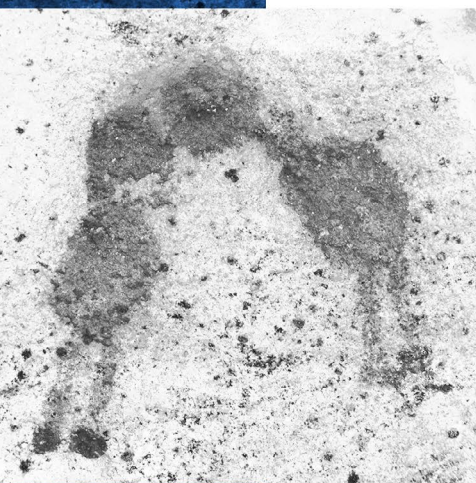
NARVAI, P. C. Terraplanismo epidemiológico. *A Terra é Redonda*. 2020 Mar 16. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/terraplanismo-epidemiologico/>. Acesso em: 15 out. 2020.

NITERÓI - RIO DE JANEIRO. *Secretaria Municipal de Saúde*. Registros das Equipes do Consultório na Rua. Niterói, Rio de Janeiro, 2020.

RAMOS, A. P. Covid: Apenas metade da verba destinada para estados e municípios foi liberada pelo Ministério da Saúde. *Yahoo Notícias*. 2020. Disponível em: <https://br.noticias.yahoo.com/covid-apenas-metade-da-verba-destinada-para-estados-e-municipios-foram-liberados-ministerio-da-saude-151317267.html>. Acesso em: 15 out. 2020.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. *et al.* COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. v. 35, n. e101613, p. 1-3, 2020.

RUPRECHT, T. Entrevista: por que o número de mortes por coronavírus está subestimado. *Veja*. 1 mai. 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/entrevista-por-que-o-numero-de-mortes-por-coronavirus-esta-subestimado/> Acesso em: 15 out. 2020.



12

Daniela Lemos Carcereri

Sylvio Costa Júnior

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO, ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E PROTEÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL FRENTE À COVID-19

INTRODUÇÃO

Este capítulo está organizado em dois grandes tópicos quais sejam a “gestão da educação e do trabalho na saúde bucal coletiva” e a “organização política e proteção do profissional de saúde bucal” em tempos da pandemia de covid-19.

O primeiro tópico está subdividido em três partes que procuram responder a algumas questões norteadoras. A primeira parte trata do caminho percorrido: como estávamos preparados para enfrentar a pandemia? Qual o acúmulo na gestão da educação e do trabalho na saúde/ saúde bucal coletiva? A segunda parte traz o seguinte questionamento: como estamos enfrentando a pandemia? Diferentes ações para diferentes ondas e diferentes contextos. E, finalmente, a terceira parte aborda os desafios para o mundo da educação e do trabalho. Agindo no presente e pensando o momento trans/pós-pandemia da covid-19.

O segundo tópico discorre sobre o contexto da organização política e proteção do profissional de saúde bucal, em tempos da pandemia da covid-19.

As temáticas de ambos os tópicos são complementares e fundamentais para uma compreensão ampla do cenário atual a respeito da figura do cirurgião-dentista no contexto da pandemia.

TOPICO 1 - GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE BUCAL COLETIVA FRENTE À COVID-19

PARTE I - Caminho percorrido: como estávamos preparados para enfrentar a pandemia? Qual o acúmulo na gestão da educação e do trabalho na saúde/ saúde bucal coletiva?

A primeira fortaleza brasileira a ser destacada é a conquista do Sistema Único de Saúde, o SUS. Imagine essa pandemia sem o SUS! No campo da educação e do trabalho o SUS é fundamental, pois além de outras atribuições, compete ao sistema ordenar a formação de profissionais na área da saúde, conforme registrado no artigo nº 200 da Constituição Federal (1988). A regulamentação do SUS se deu por meio de leis complementares e na lei nº 8080, em seus artigos 6º e 27º tem-se que:

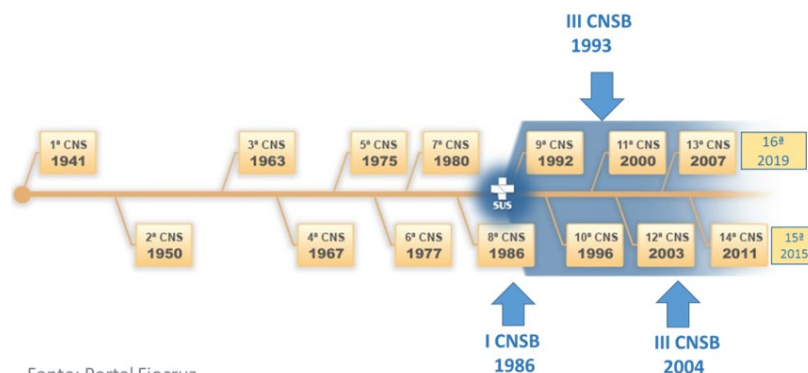
Art. 6º: Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Item III: a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Art. 27º: A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo. Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o Sistema Único da Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

Mas, até a sua criação, um longo caminho foi percorrido. Um caminho de luta pelo direito humano à saúde conformado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2019). A Figura 1 demonstra o quanto a saúde coletiva é fruto de uma luta política que envolveu toda a sociedade brasileira, uma luta de décadas que segue até os dias de hoje defendendo o SUS como sistema público, universal

e democrático. Que essa força que moveu tantos atores sociais, mestres que conformaram o SUS, que souberam sonhar tão longe e nos deixaram esse legado, possa nos fortalecer para fazer os enfrentamentos que o momento atual requer. E que momento! Estamos vivenciando neste ano de 2020 retrocessos quanto às dimensões sanitária, política e social; difíceis até mesmo para quem enfrentou o período da ditadura lutando junto ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Figura 1: Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde com inclusão das Conferências Nacionais de Saúde Bucal. Fonte: Portal da Fiocruz. Adaptada pelos autores.



Fonte: Portal Fiocruz

Também cabe destacar nessa imagem que a Saúde Bucal Coletiva (SBC) sempre fez parte desse movimento de pertencimento ao SUS mas, mais marcadamente, desde 1986, com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) havendo nesta década de 1980 a configuração do campo da SBC. A fundação do campo da SBC, principalmente no campo científico, se deu a partir de estudos e referenciais teórico-metodológicos, no Instituto de Saúde de São Paulo, apresentadas por precursores como os professores Paulo Capel Narvai, Marco Antônio Manfredini, Paulo Frazão e Carlos Botazzo. Também merecem reconhecimento os agentes que, à época, conseguiram implantar a saúde bucal nos serviços públicos municipais

e, com isso, fortaleceram as concepções da SBC: Fernando Molinos Pires, Djalmo Sanzi Souza e Sylvio Gevaerd, nas cidades Porto Alegre e Curitiba, por exemplo. Volnei Garrafa e Jorge Córdon, além de Swedenberger Barbosa, também são apontados como precursores nos espaços políticos e burocráticos, por suas contribuições. A saúde bucal coletiva se distingue das “odontologias alternativas” (como a sanitária, preventiva e social, simplificada, entre outras) por compreender a saúde bucal a partir da perspectiva dos determinantes sociais de saúde (SOARES *et al.*, 2017).

Outros importantes nomes que merecem destaque nesse processo oriundos da região Sul são: João Carlos Caetano (SC), com sua atuação como gestor de saúde bucal no estado e como professor do então Departamento de Saúde Pública na Universidade Federal de Santa Catarina, Léo Kriger (PR) e Samuel Jorge Moysés (PR), com atuações de destaque tanto no ensino como nos serviços de saúde bucal no município de Curitiba.

Além destes atores, a construção do campo da SBC contou com a participação de mulheres que, com seu trabalho e dedicação, efetivaram contribuição diferenciada formando novas gerações e implementando ações transformadoras no ensino e no serviço. No campo das ciências sociais, a SBC contou com a contribuição, na área de formação em saúde, da inesquecível professora Regina Maria Giffoni Marsiglia (SP). O capítulo intitulado *Perspectivas para o Ensino das Ciências Sociais na Graduação Odontológica, publicado na obra Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas* (BOTAZZO e FREITAS, 1998) é um clássico da área. Entre as mulheres cirurgiãs-dentistas destacam-se nomes como a Efigênia Ferreira e Ferrreira (MG), Helenita Ely (RS), Nilce Emy Tomita (SP), Rosita Dittrich Viggiano (SC), Simone Tetu Moyses (PR), cujas obras, inserções no ensino, na gestão e participações em eventos fundantes da SBC, impulsionam este campo desde os primeiros movimentos, não só em suas regiões como em nível nacional.

Trata-se de um longo movimento, nascido no sul e sudeste para ganhar o país, reafirmando-se em 2004, a partir de um coletivo maior, quando fomos capazes, sob a coordenação de Gilberto Alfredo Pucca Júnior, de organizar a 3ª CNSB e criamos coletivamente os pressupostos de uma política de saúde bucal para o Brasil. Portanto, ao longo de toda a caminhada da SBC, na academia, nos serviços, em todos os campos, foi desenvolvido um trabalho árduo cuja trajetória, desde a sua constituição até suas contribuições para a política e para o SUS de um modo geral, foi descrita e analisada pela Profª Catharina Leite Matos Soares, do ISC/UFBA, em sua tese de doutorado, da qual destacamos o seguinte trecho:

“Surge inicialmente como um movimento de politização da odontologia brasileira e evolui para uma reflexão crítica envolvendo os modelos de prática odontológica em curso no Brasil [...] Como movimento político, corresponde à crítica a odontologia de mercado, revelando o descompasso entre os avanços técnicos e científicos e a falta de acesso da população aos serviços de saúde bucal. E na sua reflexão mais crítica articulou um grupo de agentes de trajetórias distintas, porém convergentes, e dotados de disposições políticas que se encontravam à frente das práticas odontológicas nos serviços de saúde bucal, implementando as políticas de saúde bucal em pleno processo de constituição do SUS” (SOARES, 2014, p. 152).

Os episódios das políticas de saúde bucal no Brasil estão registrados no site do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Essa iniciativa, coordenada pelo Prof. Jairnilson Silva Paim, é composta de vários eixos temáticos, sendo o de Saúde Bucal coordenado pela Profª Sonia Cristina Lima Chaves, da Faculdade de Odontologia da (UFBA). Numa robusta linha do tempo são analisados, entre 1985 e 2017, a partir de documentos de referência, o cenário nacional, o poder executivo, os eventos e os posicionamentos dos atores envolvidos (Figura 2).

Figura 2: Linha do tempo e análise das políticas de saúde bucal no Brasil 1985-2017.



FONTE: Observatório de análise política em saúde.
ISC/UFBA link: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/linha-do-tempo/33a694b8dbfa68372b136e7d00a2b130/>

No site do ISC/UFBA é possível também personalizar a busca através de uma matriz de acompanhamento, atualizada até 2019. Todo esse mapeamento sistemático a partir da redemocratização facilita a leitura integral e a compreensão sobre a complexidade do processo que desembocou na conquista e construção do “Brasil Sorridente”, como carinhosamente é chamada a PNSB, bem como os seus desdobramentos, avanços, retrocessos e desafios durante mais de uma década de implantação.

O tema da educação e do trabalho em saúde bucal sempre foi contemplado nas conferências de saúde bucal. A 1ª CNSB (1986) não tinha um tema definido, mas foi crucial por ter tratado da inserção da odontologia no SUS, um SUS ainda sonhado! A 2ª CNSB (1993) teve como tema “Saúde bucal é direito de cidadania” e discutiu recursos humanos em saúde bucal. A terceira e última CNSB (2004) teve como tema geral “Acesso e qualidade superando a exclusão social”, na qual se discutiu o eixo “Formação e Trabalho em Saúde Bucal”.

O momento político nos desafia, mas é importante acreditar na força do controle social, na importância e na relevância de buscarmos concretizar a 4ª CNSB. Desde 2004, no entanto, não estivemos parados. Algumas Conferências Livres de SB foram realizadas desde então, as mais recentes em 2019, no bojo da 16ª CNS (8ª + 8) em vários municípios e estados brasileiros. O tema escolhido para a 16ª CNS foi “democracia e saúde”, certamente resultado do cenário político-social atual. Em função disso, as conferências livres, organizadas em todo o país, naturalmente apontavam para essa temática, por serem eventos preparatórios.

A Conferência Livre de Saúde Bucal realizada em Florianópolis contou com a participação do Prof. Paulo Capel Narvai, compartilhando seus saberes e práticas no campo da SBC em torno do tema central “Democracia e Saúde: Saúde bucal como direito e consolidação do SUS”. A conferência Livre de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte teve, entre os conferencistas, uma outra grande referência da SBC, o Prof. Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira, que abordou o tema “Ampliação da Política Nacional de Saúde Bucal”.

As diretrizes nacionais que balizam a educação e o trabalho em saúde no Brasil são também outras importantes fortalezas. No ensino, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e no trabalho, a PNSB. Desde 2002 as DCN já traziam a compreensão de que é necessário formar um profissional:

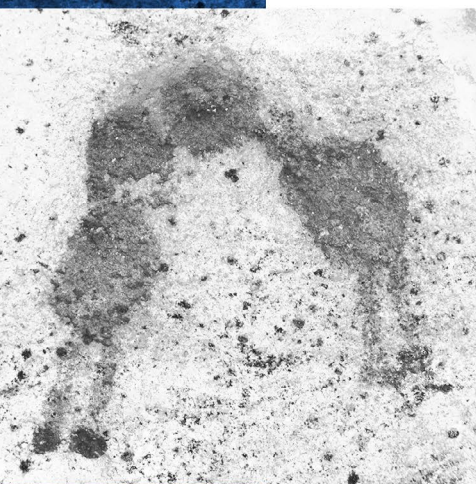
“[...] generalista, humanista, com capacidade crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico; capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (BRASIL,2002).

Esse perfil foi sonhado, colocado como uma diretriz e muito foi feito! Se não fizemos tudo, fizemos muito para transformar a formação do cirurgião-dentista no Brasil, adequando-a para que os profissionais graduados estivessem aptos a atuar no SUS e a colaborar com a resolução dos problemas de saúde da população brasileira.

O alcance desse objetivo, desse perfil, foi facilitado pela transformação que ocorreu nos serviços com a implementação do Brasil Sorridente. Sob a coordenação de Gilberto Pucca Júnior, um grande avanço foi experimentado no Brasil, entre 2003 e 2015, no campo da Saúde Bucal Coletiva, também nos espaços políticos e burocráticos.

Scherer e Scherer (2015) analisaram as mudanças no trabalho em saúde bucal na atenção primária à saúde após lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal até o ano de 2013 e observaram avanços em diferentes dimensões como: ações educativas; ações de educação permanente; acolhimento, vínculo e responsabilização.

O quanto desse avanço ainda temos presente na comunidade, no ensino e no serviço? O quanto seremos capazes de resistir a partir do acúmulo conquistado naquele período de avanço? São questões para as quais devemos estar atentos, como nos apontam Chaves et al. (2018), quando observaram uma “tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos e também redução no financiamento da política entre 2015 e 2017”, além de uma possível perda de direcionamento da política em nível federal, em função das mudanças sucessivas na coordenação nacional da política, em um estudo de monitoramento das ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados alcançados e financiamento público da PNSB. Observou-se, também, uma redução contínua no ano de 2019 dos indicadores relacionados à atenção básica: cobertura de primeira consulta odontológica e média de escovação dental supervisionada (CHAVES *et al.*, 2020).

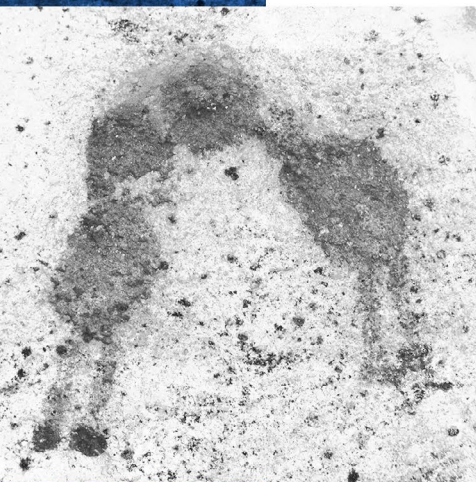


No cotidiano das ações, profissionais, técnicos, professores e servidores compõem um grande contingente de brasileiros que jamais desiste de lutar em defesa da saúde bucal como direito de cidadania.

Uma outra fortaleza foi, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio da qual se buscou promover a integração entre as áreas da educação e da saúde, estratégica para a formulação de políticas e para que o SUS pudesse efetivamente ordenar a formação em saúde.

O alinhamento entre educação e saúde se faz necessário para a implementação de políticas públicas orientadoras de gestão, qualificação dos trabalhadores e regulação profissional na área da saúde. Trata-se de uma secretaria importantíssima que reunia na época dois departamentos – Gestão da Educação (DEGES) e Gestão e Regulação do Trabalho (DEGERTS). De 2005 a 2010 a diretoria do DEGES foi exercida pela Prof^a Ana Estela Haddad (USP) e, sob sua responsabilidade, muitas políticas indutoras foram colocadas em ação para que pudéssemos transformar a formação na área da saúde incluindo o cirurgião-dentista. Entre elas pode-se citar o telessaúde, PET-Saúde, o Pró-Saúde, o projeto Ativadores de Mudança, Projeto VerSUS, as Residências Multiprofissionais em Saúde e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Celedônio et al. (2012), a partir de uma extensa análise documental acerca da política nacional de educação permanente e as ações desenvolvidas a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), concluíram que:

“[...] a articulação entre o ensino, o serviço e a comunidade ocorreu à luz dos movimentos sociais, à medida que as estruturas gerenciais e físicas permitiram e mediante da criação de mecanismos que possibilitaram essa interação. Na perspectiva de transformação das práticas assistenciais e educativas, essa interação buscou inserir discentes e docentes no processo de trabalho em saúde, tendo como objetivo a troca de saberes e práticas na aprendizagem participativa pelo trabalho. Assim,



o estudo mostra a evolução da formação dos profissionais de saúde, mesmo aquém das necessidades de mudança, e demonstra a complexidade da gestão, serviço, ensino, atenção com as políticas intergovernamentais articuladas entre MS e MEC. Essa complexidade constrói uma formação crítica, reflexiva, atuante para o SUS (CELEDÔNIO *et al.*, 2012, p. 1108-1109).

Como é bom lembrar desse tempo! Podemos dizer que tivemos um período de ouro no ensino e no serviço, cujos resultados são palpáveis. Um tempo em que havia um mesmo estilo de pensamento nos campos da educação e da saúde, havia realmente o desejo de induzir a formação no SUS, para o SUS e pelo SUS.

O exercício de lembrar sempre “o que” e “o quanto” foi e está feito pode ser um caminho para que possamos resistir a esta onda de desmonte da educação e da saúde no contexto do Brasil de 2020. Se há uma premissa verdadeira é a de que o SUS é o cenário de excelência para a formação profissional na área da saúde, principalmente por permitir um aprendizado humanista, baseado na promoção de saúde, com ênfase na atenção básica, com compromisso social e redução de iniquidades regionais e nacionais (HADDAD *et al.*, 2010; ALMEIDA-FILHO, 2011). Morita e colaboradores (2020) defendem que mudanças no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e uma efetiva articulação com o SUS levarão à regulação da qualidade dos cursos de Odontologia no País. Essa luta é para sempre: a defesa do SUS. E ela se dá pelo trabalho de pessoas engajadas, trabalhadores que estão dispostos a receber os estudantes, professores que têm vontade de construir, de formar e de estar em conjunto com a comunidade e com os profissionais do SUS. Esse é um grande legado da Reforma Sanitária Brasileira.

Foi preciso, sim, investir muito na reorientação da formação profissional em saúde! Sem o movimento de indução promovido pelo conjunto de políticas públicas mencionado anteriormente dificilmente seria possível avançar na direção da formação em saúde no SUS.

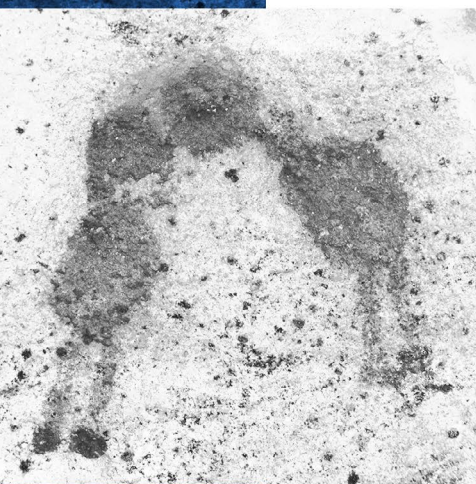
O mundo da educação odontológica é historicamente centrado na odontotécnica, é o mundo da arte dentária. A questão do procedimento e do ensino que enfatiza o trabalho laboratorial e o domínio de materiais e métodos ainda dominam o campo da educação e do trabalho em saúde bucal (BOTAZZO, 2017).

Com o Brasil Sorridente, com as políticas indutoras, com essa sinergia entre ensino e serviço, entre educação e trabalho, a partir de 2004, pela primeira vez o cirurgião-dentista começa a sair do seu consultório para habitar outros espaços. Passa a trabalhar em equipe, de forma coletiva integrada, numa perspectiva interdisciplinar, interprofissional e também intersetorial, iniciando então a desenvolver diferentes ações e atividades para além do procedimento clínico. Os procedimentos clínicos evidentemente são muito importantes como competência específica do cirurgião-dentista, precisam ser realizados com excelência, mas são insuficientes para atender as demandas de saúde bucal da sociedade brasileira (FACCIN; SEBOLDI; CARCERERI, 2010).

Todo esse acúmulo desenvolvido ao longo da implantação e aprimoramento da odontologia no SUS nos proporcionou, enquanto categoria, no que diz respeito à SBC, um preparo para atuar, enquanto equipe de saúde, no contexto do enfrentamento à covid-19 (CARCERERI; CASOTTI, 2020). Apesar disso, no início da pandemia, não fomos considerados como profissionais da “linha de frente”, ao lado de enfermeiros, médicos e fisioterapeutas. Enquanto categoria profissional, fomos esquecidos ou não nos sentimos parte da equipe multiprofissional?

PARTE II - Como estamos enfrentando a pandemia? Diferentes ações para diferentes ondas e diferentes contextos.

Chegamos em 2020 com essas fortalezas, mas já num processo contínuo de destruição, desarticulação e fragmentação das políticas que possibilitaram diversos avanços por mais de uma década. Parece haver uma tendência de retorno ao mundo do “consultório

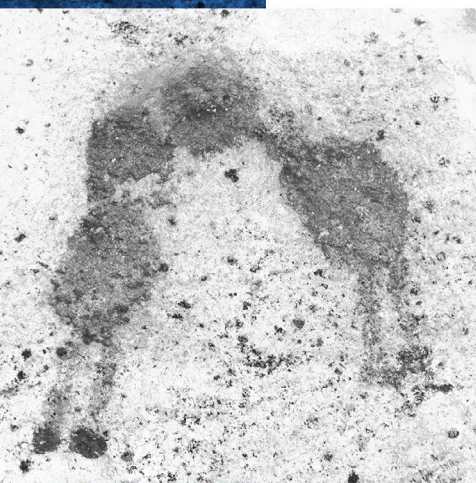


odontológico”, exclusivamente. Um cenário de estagnação e retrocesso que, num contexto “normal”, já tornaria necessária uma forte articulação para resistirmos.

No entanto, a pandemia encontra nas entidades e nas organizações da saúde bucal como um todo, pessoas prontas para dar uma resposta. E a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno) não fugiu desse enfrentamento e o fez coletivamente, através da elaboração do Consenso Abeno, sob coordenação da Prof^a Vânia Camargo Fontanella (UFRGS), presidente da entidade. O documento reuniu diretrizes sobre biossegurança voltadas aos 578 cursos de graduação em odontologia do país, em sua maioria pertencentes a instituições privadas. Foi um trabalho coletivo realizado de forma remota e colaborativa, que envolveu 501 professores de diversas instituições de ensino superior de norte a sul do país, com uma equipe de mediadores e relatores para sintetizar uma vasta gama de informações coletadas “a mil mãos” a respeito das necessidades de adequações e padronizações no que tange aos ambientes clínicos, fluxo de usuários e acompanhantes, rotinas, protocolos de biossegurança e capacitações para as equipes de trabalho locais (PIRES; FONTANELLA, 2020).

A pandemia atingiu fortemente a educação e o trabalho em saúde bucal. Houve preocupação e mobilização em garantir um processo de ensino-aprendizagem e um processo de trabalho biosseguros no interior das clínicas-escola, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e hospitais, cenários estes que envolvem o aprendizado prático e estágios em saúde bucal.

A academia, em parceria com os serviços de saúde, se destacou na produção científica e técnica trazendo novos pressupostos teórico-metodológicos para o tema da biossegurança. Entre as muitas pesquisas sobre o tema destaca-se a proposta da rede colaborativa entre os estados da região sul do Brasil intitulada “*Biossegurança em Odontologia para o enfrentamento da covid-19: análise das práticas e formulação*”



de estratégias”, desenvolvido pela Rede de Saúde Bucal Coletiva da Região Sul (SBCSul), coordenada pela Profa Marcia Helena Baldani, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (BALDANI, *et al.*, 2020).

A pandemia desafiou a todos e o trabalho em rede se configurou como possibilidade de re-união, criatividade, ação-reflexão-ação. E foi no contexto da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde – Rede APS, da Abrasco, que surgiram algumas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia, registradas no boletim da rede APS:

“...as equipes de saúde bucal possuem grande potencial de trabalho coletivo e interprofissional para o enfrentamento à Covid-19, reúnem saberes e práticas que permitem que somem esforços em todos os três eixos de atuação, reforçando a ideia de que o cuidado é também da ordem da comunicação, da mobilização e da coordenação de estratégias para a defesa da vida”. (CARCERERI; CASOTTI, Site da Rede APS, 2020).

Os três eixos mencionados acima foram desdobrados em quatro e detalhados por Medina e colaboradores (2020): (1) vigilância em saúde nos territórios; (2) atenção aos usuários com covid-19; (3) suporte social a grupos vulneráveis; e (4) continuidade das ações próprias da APS”.

Analisando os eixos descritos acima e o potencial de trabalho das equipes de saúde bucal considera-se que o cirurgião-dentista poderia ter uma atuação para além do atendimento clínico de urgência e emergência e participação de ações de “*fast-track*”. Cada município e cada setor, dependendo das suas fortalezas e das suas dificuldades, organizou o enfrentamento à pandemia desenvolvendo as chamadas atividades gerais compartilhadas e atividades de área específica de odontologia. Um bom exemplo desta atuação ampliada é a organização da região da Grande Florianópolis, envolvendo ações de educação em saúde e teleodontologia como ilustra a Figura 3, contida nesse manual (SANTA CATARINA, 2020).

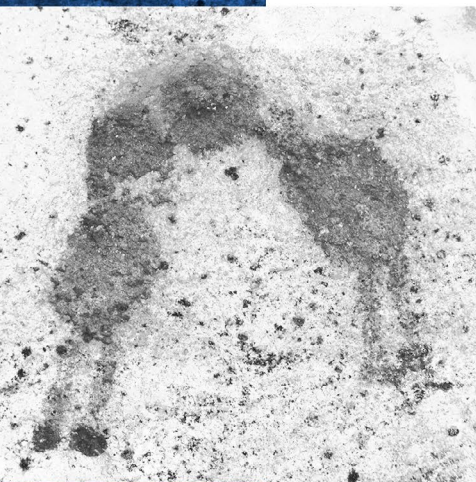


Figura 3 - Processo de trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia covid-19.

Teleconsulta na Odontologia
Equipe de Saúde Bucal / Saco Grande

HPV: FERIDAS NA BOCA HÁ MAIS DE 15 DIAS, ENTRE EM CONTATO COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

EM CASO DE DÚVIDAS ESTAMOS DISPONÍVEIS NO WHATSAPP:
98838-0823

CENTRO DE SAÚDE SACO GRANDE
Atendimentos – Junho de 2020

CONSULTAS MÉDICAS (PRESENCIAL OU A DISTÂNCIA): 3.078
CONSULTAS DE ENFERMAGEM (PRESENCIAL OU A DISTÂNCIA): 471

ATENDIMENTOS PELO WHATSAPP – EQUIPES
MENSAGENS RECEBIDAS: 60.925 (MÉDIA DE 10.154 POR EQUIPE)
MENSAGENS ENVIADAS: 35.325 (MÉDIA DE 10.887 POR EQUIPE)

Observação: Não estão incluídas as mensagens do Telegram

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS: 118 PRESENCIAIS E 107 TELECONSULTAS

ATENDIMENTOS PELO WHATSAPP - SAÚDE BUCAL
MENSAGENS RECEBIDAS: 3.376 / MENSAGENS ENVIADAS: 2.624

FARMÁCIA
USUÁRIOS ATENDIDOS: 2.897 NÚMERO DE DISPENSAÇÕES: 4.213

TESTES RÁPIDOS REALIZADOS
COVID-19: 94
HIV, HEPATITE B/C, SÍFILIS: 169

VACINAS
DOSES APLICADAS: 356

CS Saco Grande
Equipe de Saúde Bucal

(48) 98838.0823
@cssacogrande
/cssacogrande
odontosacogrande@gmail.com
Rod. Virgílio Várzea, 807 - Saco Grande, Fone: (48) 3238.0110 / 3234.6995 / 3238.0608

Fernanda Manzini
Coordenadora

Equipe de Saúde Bucal

Sérgio Benedito Franco Dentista
Luana Zilli Teixeira Dentista
Juliana Terezinha Garcia Dentista
Deborah de Oliveira Renzetti Dentista
Jussara Ribeiro Auxiliar de Saúde Bucal
Gabriely Conrado Auxiliar de Saúde Bucal
Edgley Glauber Cardoso Auxiliar de Saúde Bucal
Alexandra Fontana Residente - Dentista

Fonte: SANTA CATARINA, 2020.

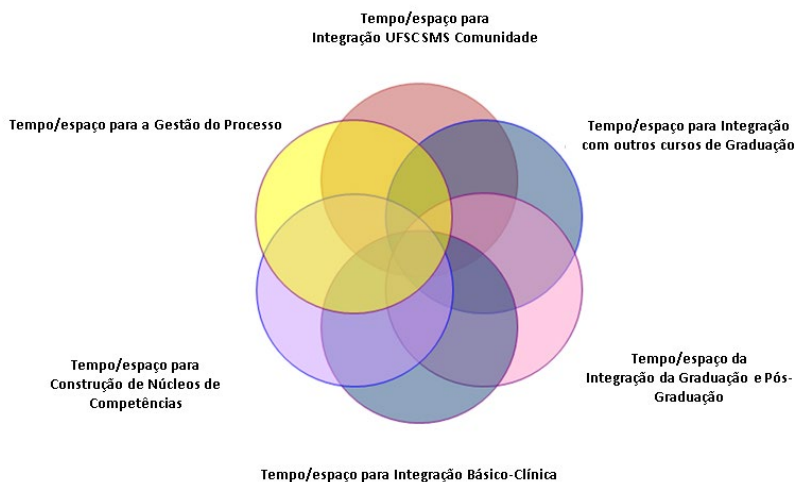
PARTE III - Desafios para o mundo da educação e do trabalho. Agindo no presente e pensando o momento trans/pós-pandemia covid-19.

O desafio é afastar-se do técnico, que vê o paciente como unidade dentária para aproximar-se da compreensão da historicidade do ser humano. Trabalhar à luz do referencial da clínica ampliada,

“muito além do céu da boca” (NARVAI; FRAZÃO, 2008; TOMITA; MARTA; DALBEN, 2012; BOTAZZO, 2017).

Para o mundo da educação podemos enumerar vários desafios. Como organizar um curso de graduação em odontologia, para além do currículo, da carga horária dos professores, das matrículas? Como promover uma formação transformadora? A partir da qual o cidadão cirurgião-dentista egresso desse curso tenha potência para transformar a realidade em que ele venha a se inserir? A figura a seguir demonstra que é preciso integrar os cronotopos, tempos e espaços que congregam diferentes aspectos do ensino odontológico: a graduação e a pós-graduação; conhecimentos básicos e clínicos; diferentes núcleos de competência; com os serviços e com a gestão de todos os processos.

Figura 4: Dimensão macrocronotópica do processo de reforma curricular - Pró-Saúde Odontologia UFSC.

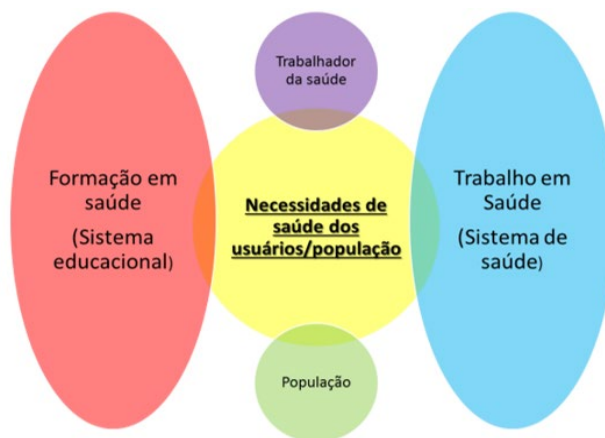


Fonte: CARCERERI *et al.*, 2011.

Uma outra perspectiva integradora é a proposta da Universidade Federal de Pernambuco, com a proposta do modelo pedagógico dos três “is”: interdisciplinaridade, integração e internacionalização. A interdisciplinaridade é apontada como chave para a inovação nas metodologias de ensino-aprendizagem. A integração é abordada no que tange ao aspecto do mundo do trabalho e da sociedade. A internacionalização como possibilidade para os cursos da graduação. Esses princípios objetivam a melhoria da qualidade da formação acadêmica (GOES; FREIRE, 2019).

Para o mundo do trabalho o grande desafio é formar para a atuação colaborativa e interprofissional. Peduzzi e colaboradores (2013) referem toda a potência contida no trabalho interprofissional para a consolidação das práticas de saúde. A autora discorre sobre o desafio de criar essa interdependência entre o trabalho em saúde e a formação em saúde de forma que essas duas dimensões estejam voltadas para as necessidades de saúde da população (Figura 5).

Figura 5 - Trabalho e Educação Interprofissional.



Trabalho e Educação Interprofissional
Interdependência – Trabalho/Atenção a Saúde e Formação dos Profissionais de Saúde

Fonte: Adaptada de Frenk *et al.*, 2010. Gentilmente cedida pela Profa. Marina Peduzzi, em 2018.

TÓPICO 2: ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E PROTEÇÃO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA EM TEMPOS DE COVID-19

Além da análise da conjuntura diante da pandemia covid-19, não esperada pelos atores políticos e pelo conjunto dos países, buscamos nesse espaço refletir e apontar caminhos políticos para as três crises sobrepostas que vivemos no Brasil de 2020: a crise sanitária, a crise econômica e a crise política, repensando práticas e apontando caminhos.

Quando as primeiras notícias sobre a covid-19¹ chegavam ao Brasil, a doença estava circunscrita em uma região da China e havia a expectativa que ficaria contida à Ásia, região que convive há décadas com doenças respiratórias (e que já teve experiências anteriores com outros surtos e epidemias) das mais diversas. Porém, quando chegam informações pelos meios de comunicação dando conta que havia doentes pelo covid-19 na Europa e que o sistema de saúde da Itália havia entrado em colapso², assim como o sistema de saúde espanhol³, ambos países com dezenas de milhares de mortos, houve uma sensação que a crise sanitária atingiria o Brasil em igual ou maior proporção.

No caso brasileiro optou-se por construir seu modelo de sistema universal em base municipal, cabendo aos gestores locais o papel de organizar redes assistenciais de serviços para o atendimento à população. Assim, diante da iminência da crise que se avizinhava, os gestores municipais buscaram diversas alternativas e estratégias diversas para a gestão de uma crise nacional de enfrentamento ao covid-19 (CRODA *et al.*, 2020).

¹ <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>

² <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51968491>

³ <https://www.rfi.fr/br/europa/20200402-espanha-est%C3%A1-%C3%A0-beira-do-colapso-sanit%C3%A1rio-com-a-covid-19>

A crise provocada pelo novo coronavírus expõe antigos e novos obstáculos do sistema de saúde (CABRAL *et al.*, 2020; FERNANDES; PEREIRA, 2020). A organização de uma rede assistencial de serviços integrais à saúde com base municipal é limitada pela própria realidade econômica e social brasileira, em que 70,5% das cidades têm menos de 20 mil habitantes e 89,4% têm no máximo 50 mil habitantes, nas quais a atividade econômica é, em sua grande parte, baseada na agricultura e na pecuária (RODRIGUES, 2014). Assim, um conjunto gigantesco de serviços assistenciais em saúde que possam garantir atendimento integral, bem como seus respectivos custos ficaram a cargo de municípios sem que houvesse uma fonte regular e estável de financiamento dessas ações, induzindo o sistema a outro problema, o do subfinanciamento. Outro aspecto da organização do SUS é que, uma vez centrado em municípios, criou-se “vasos comunicantes” entre o planejamento em saúde e sistema político eleitoral brasileiro, também de base municipal, muitas vezes aplicando ao sistema de saúde local uma dinâmica orientada pelo calendário político-eleitoral (RODRIGUES, 2014).

Seguindo uma linha de desorientação no que diz respeito às políticas de saúde a serem implementadas antes e durante a pandemia, no governo Jair Bolsonaro, o ex-ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta, que se auto intitulava como “amigo da ciência” ou ainda “apoiado pela academia”⁴, foi o ministro que deu robustez a um projeto de substituir o modelo da Estratégia de Saúde Família baseado no território por um outro modelo centrado em listas de pacientes e na realização e pagamento por procedimentos, ou ainda a mudança na forma de financiamento da atenção básica, mesmo à revelia dos alertas de entidades como a Abrasco e o Conselho Nacional de Saúde (HARZHEIM *et al.*, 2020; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018), além de, quando deputado federal, ter votado a favor do teto de gastos públicos, pela Emenda Constitucional nº 95.

⁴ <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/em-artigo-cientifico-mandetta-consolida-posicao-por-isolamento-social.shtml>

Vale destacar que o território é a peça fundamental do modelo da ESF, que advém do cuidado continuado de pacientes crônicos, como diabéticos e hipertensos, logo o território é o núcleo primordial do planejamento loco-regional, lugar onde as equipes de saúde bucal ofertariam tratamento de alta clínica com planejamento (início e alta de tratamento programados), onde o agente comunitário de saúde teria um papel na busca ativa de pacientes desassistidos, com responsabilização sanitária das equipes de saúde por determinada população e região (ANDRADE; NARVAI, 2013).

Nesse cenário já posto, os municípios passaram a enfrentar novos problemas não programados, como trocas de ministros, além de um período sem ministro. Henrique Mandetta foi substituído pelo também médico Nelson Teich, em função de discordâncias com o pensamento do chefe do executivo nacional. Teich não chegou a completar um mês e entregou o cargo. Em seguida, o Ministério da Saúde permaneceu durante aproximadamente quatro meses sem um ministro efetivo. Nesse período quem passou a responder pela pasta, de forma interina (e sem qualquer formação ou atuação na área da saúde), foi o General Eduardo Pazuello. Conforme noticiado pela imprensa, o militar foi indicado como ministro em função da sua expertise em logística⁵, com a justificativa de que seria necessária para o gerenciamento da crise e distribuição dos insumos de saúde pelo país. Em sua primeira entrevista como ministro pareceu não saber que o nordeste brasileiro está localizado no hemisfério sul e afirmou que a Amazônia está no hemisfério Norte⁶. Em 16 de setembro, Pazuello foi efetivado no cargo.

A crise provocada pelo coronavírus chega ao Brasil em um momento de profunda crise fiscal no país derivada de uma política econômica fortemente centrada na contenção de recursos públicos nas áreas da saúde, da educação, da previdência social, políticas

⁵ <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/16/general-pazuello-assume-ministro-da-sade-interinamente.ghtml>

⁶ <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/06/09/interna-brasil,862582/pazuello-liga-nordeste-e-norte-do-brasil-ao-hemisferio-norte-e-vira.shtml>

sociais e investimentos exposto em ações como a EC-95, com congelamento por 20 anos. Na saúde, por exemplo, constatamos o fim do programa Mais Médicos para o Brasil tal como foi concebido, com o provimento de profissionais médicos estrangeiros onde não havia médicos brasileiros nos diversos vazios sanitários existentes nas periferias das grandes cidades e nas regiões mais remotas do país fruto de um acordo de cooperação internacional mediado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Nesse contexto, os problemas enfrentados pela saúde bucal coletiva conectados com falta de política do governo Bolsonaro levou o Brasil em 2020, até o mês de outubro, a ter três diferentes ministros. A coordenação de saúde bucal, que durante os governos Lula e Dilma, em 13 anos, teve um salto em seu orçamento de 65 milhões para mais de 1 bilhão de reais com a forte expansão das equipes de saúde da família, criação de CEO, criação do programa de credenciamento de laboratórios de prótese, entre outros, passou meses sem coordenação e quando um coordenador foi indicado sua mais recente atividade foi ora como assessor parlamentar do centrão, ora dono de bar⁷.

Exemplificando a falta de uma política clara diante de desconhecida doença, o ministro Mandetta divergiu publicamente do presidente Bolsonaro não pela pouca testagem (o Brasil é um dos países que menos testam no mundo, entre os países com maiores números de casos), não pelo número insuficiente de aparelhos de respiração mecânica, não pela falta de equipamentos de proteção individual aos trabalhadores da saúde que estavam enfrentando a pandemia nas unidades de saúde, ou sobre um plano mais geral de combate ao coronavírus. A divergência, que levou a sua demissão, se deu pela necessidade do isolamento social dado seu impacto na economia. O próprio isolamento social foi sabotado sistematicamente pelo presidente Bolsonaro desde o início da pandemia.

⁷ <https://oglobo.globo.com/brasil/para-aplacar-fome-do-centrao-coordenacao-de-saude-bucal-vai-para-especialista-em-eventos-1-24491850>

Isto posto, cabe às camadas mais politizadas e organizadas da sociedade brasileira um papel de vanguarda para uma iniciativa política ativa que aponte para o conjunto da população uma alternativa real aos problemas sanitários, econômicos e políticos que a epidemia expõe.

O governo Bolsonaro promoveu durante a pandemia um massivo ataque aos direitos da população, vendo assim o isolamento social como uma janela de oportunidades para implementar uma agenda neoliberal citando como exemplos a reforma administrativa encaminhada ao Legislativo ou a disponibilidade de R\$ 1,216 trilhão para os bancos brasileiros.

O marco legal que inaugura o SUS garantido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado em suas leis orgânicas em 1990, sustenta a necessidade de um ambiente democrático para o surgimento de um sistema de saúde baseado na integralidade do cuidado e com participação social. Foi necessário o fim da ditadura no Brasil para que o movimento da reforma sanitária brasileira conquistasse o SUS e, hoje, para o atual governo, o SUS não cabe no interior e na lógica de ajuste fiscal e nas políticas de estado mínimo.

Hoje, mais que nunca, precisamos sair da paralisia social, mobilizar os setores mais organizados da sociedade brasileira e ocupar as ruas e avenidas do país na defesa dos direitos à saúde e à cidadania. Como bem definido como lema da 14ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS é um patrimônio do povo brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses tempos atuais a luta é para que não nos tornemos professores de “História da saúde coletiva no Brasil”, como problematizou a Prof^a. Marta Verdi (UFSC) num encontro do Curso

de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF). Que saibamos resistir junto da comunidade e com os alunos e trabalhadores do SUS, na prática, vivenciando a educação e o trabalho que lutamos tanto para construir.

Durante a pandemia de covid-19 temos sido desafiados a construir novos modos de vida, novos tempos para a educação e o trabalho em saúde. Temos vários motivos para acreditar na força do trabalho coletivo, destacamos a citação de Paim (2006) que nos anima ao afirmar que “Projetos, sonhos, engenho, trabalho e arte podem compor movimentos contra-hegemônicos capazes de constituir sujeitos públicos comprometidos com novos modos de vida” (PAIM, 2006, p.9).

Como mensagem final segue o texto de Walter Benjamim, intitulado *O Labirinto*, lido pelo ex-ministro José Gomes Temporão, na abertura do congresso de Ciências Humanas e Sociais da Abrasco, em Salvador–BA (AGÊNCIA FIOCRUZ, 2007).

“A experiência com o labirinto é o caminhar
 É a metáfora da viagem
 É aventurar-se por entre corredores e encruzilhadas
 Portanto, a dimensão da experiência é a possibilidade de perder-se
 É conhecer o labirinto por dentro
 É a ideia da formação não em função de seu fim, mas como um
 processo ou uma aventura
 Nesse percurso caminhar é a mesma coisa que se aventurar
 Uma viagem movida pela fascinação ao desconhecido
 Uma viagem que se desdobra nos encontros
 e nos diálogos com o outro e consigo mesmo
 As encruzilhadas são feitas desses encontros
 Como os nós de uma rede que permitem tomar e descobrir rumos
 Mesmo quando se está retornando”.

Pautados na esperança Freireana (do verbo esperarçar), finalizamos o capítulo desejando que neste contexto de retrocesso possamos encontrar os caminhos para a resistência e o combate. Viva a DEMOCRACIA! Viva o SUS! Viva a Abrasco!

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ. Conferência do ministro Temporão lota auditório em Salvador. Salvador. Disponível em: http://www.google.com/url?q=https://agencia.fiocruz.br/confer%25C3%25Aancia-do-ministro-tempor%25C3%25A3o-lota-audit%25C3%25B3rio-em-salvador&sa=U&ved=2ahUKEwiHp87c-c3uAhWOILkGHdYVAJUQFjACegQICBAB&usq=AOvVaw2JBMAh0ZPkOX2_LeoN72mq. Acesso em: 03 fev. 2021.

ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2001.

ANDRADE, F. R.; NARVAI, P. C.. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 154-160, 2013.

BALDANI *et al.* Biossegurança em Odontologia para o enfrentamento da COVID-19: análise das práticas e formulação de estratégias. *Projeto de pesquisa da Rede Colaborativa de Pesquisa para o Enfrentamento da COVID-19 Região Sul*. 2020. Disponível em: <https://www2.uepg.br/odontocovidsul/rede-colaborativa/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1998.

BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES nº 3*, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. 2002.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de covid-19. *Rev InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, p. 1-12, 2020.

CARCERERI, D. L.; AMANTE, C. J.; REIBNITZ, G. S. M. *et al.* Formação em odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC. *Revista da ABENO*, v. 11, n. 1, p. 62-70, 2011.

CARCERERI, D. L.; CASOTTI, E. *O trabalho das equipes de Saúde Bucal na APS em tempos de pandemia*. Rede APS, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/11/o-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal-na-aps-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 06 out. 2020.

CELEDÔNIO, R. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M.; FREITAS, C. H. A.; AQUINO, F. O. T. P. Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 5, p. 1100-1110, 2012.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Os Resultados da Política Nacional de Saúde Bucal em 2019. Seleção da Matriz de Acompanhamento. *Relatório de Acompanhamento de Políticas*. Observatório de Análise Política em Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 76-91, 2018.

CRODA, J. *et al.* Covid-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v. 53, n. e20200167, 2020.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, 2010.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S.. Os desafios do financiamento do enfrentamento à covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Rev. Adm. Pública*, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z. A. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GOES, P. S. A; FREIRE, E. C. (org.). *Tecendo ideias com os fios que nos unem: tecituras sobre a graduação na UFPE*. Recife: Editora UFPE, 2019.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública*, vol. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, v. 42, n. spe1, p. 224-243, 2018.

MORITA, M. C. *et al.* The unplanned and unequal expansion of Dentistry courses in Brazil from 1856 to 2020. *Braz. oral res.*, São Paulo, v. 35, n. e009, 2021.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. (org). *SUS – Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019.

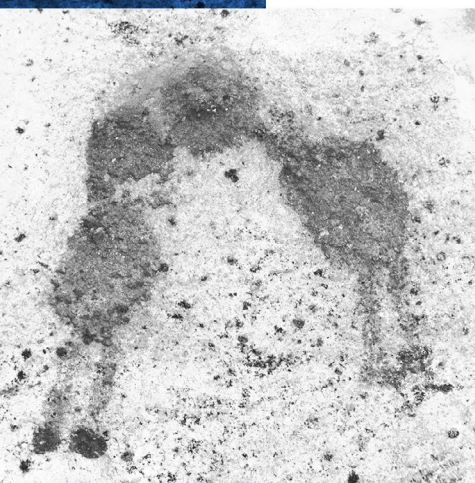
PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PIRES, F. S.; FONTANELLA, V. (org.). *Consenso ABENO: biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19*. Porto Alegre-RS: Abeno, 2020.

RODRIGUES, P. H. de A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: Uma abordagem histórica. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 37-60, 2014.

SANTA CATARINA. Grupo de Trabalho em Saúde Bucal da Grande Florianópolis. *Guia de Orientação para a organização da atenção em saúde bucal em tempos da covid-19*. Florianópolis, 2020.

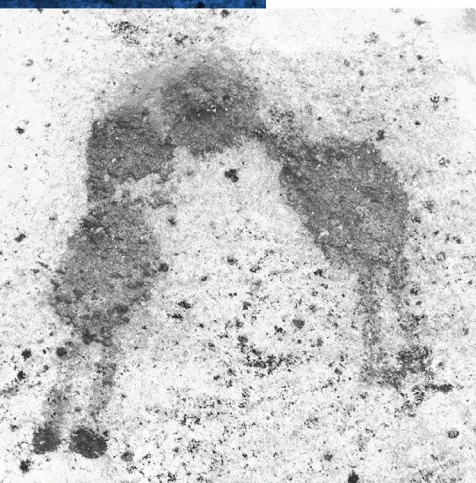
SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*, v. 49, n. 98, p. 1-12, 2015.



SOARES, C. L. M. *A Constituição da Saúde Bucal Coletiva no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17439/1/Tese%20Catharina%20Matos.%202014.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

SOARES, C. L. M. *et al.* O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1805-1816, 2017.

TOMITA, N. E.; MARTA, S. N.; DALBEN, G. da S. Oral health under an integrality perspective. *Braz. oral res.*, São Paulo, v. 26, n. spe1, p. 124-132, 2012.



13

Fabiana Schneider Pires

Nelson Felice de Barros

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

AS CARAS E AS MÁSCARAS DO CUIDADO EM SAÚDE (BUCAL)

Uma tríplice fronteira, um grande encontro, três experiências docentes brasileiras. Duas áreas de conhecimento e três emissões de pensamento, que partem de referências diferentes, mas por supostos convergentes. Triangulações de inquietações. Em tempos de cólera e covid, em tempos de rostos cobertos por máscaras como forma expressa de cuidado, quais são as faces expostas do cuidado em saúde bucal coletiva, em saúde coletiva e, porque não, na clínica.

Um encontro agenciado pelo Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-SBC/Abrasco) colocou três pensadores brasileiros em contato. No encontro quase presencial das telas, eles puderam compor suas reflexões em ato e posteriormente elaborar estes textos aqui materializados, que se vinculam por razões perceptíveis e também cuidadosamente invisíveis. Trata-se de um convite para uma leitura atenta, com os olhos e todos os outros sentidos, para capturar os fios que unem as diferentes concepções de cuidado.

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

Fabiana Schneider Pires

Diz o dicionário que encontro é o ato de encontrar ou encontrar-se; choque, embate, encontrão, colisão; briga, recontro, duelo, mas também a reunião de pessoas ou coisas; ponto em que uma pessoa se encontra com outra; junção de pessoas ou coisas que se dirigem para o mesmo ponto ou se movem em sentido oposto.

Nos serviços de saúde, “o usuário comparece a esse encontro carregando consigo demandas, seu corpo e sua singular subjetividade” (CAMPOS, 2005, p. 575). Um cuidado na perspectiva

da integralidade produz outras relações no mundo do trabalho, o que é também um exercício de poder.

A práxis do cuidado se coloca em uma perspectiva transformadora (RAMOS, 2009), pois a dimensão não técnica (ou aquela que não se reconhece nos atos de tecnologia dura, mecânica, técnico-científica) envolvida nos encontros assistenciais é premente de uma valorização de aspectos intersubjetivos, comunicativos (MERHY, 1997; AYRES, 2009). Como modelo para as práticas em saúde, como postura ética e política para a saúde, provoca deslocamentos ao questionar a importância dos aspectos técnicos-científicos do trabalho, pois contextualmente o que diferencia os trabalhadores de saúde do restante da população, em sua força de trabalho, é a qualificação técnica e esta sempre é “um dado saber” (CAMPOS, 2005). Partimos do cuidado enquanto atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro, na realização de ações de saúde visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltado para essa finalidade. O cuidado como compromisso ético-político: concepção de sujeito e não da doença (HUNTER, 1996).

Compreender a clínica a partir de um espaço interlocutor para o cuidado é reconsiderar sua sólida ancoragem teórica; é acrescentar à sua dimensão técnica, uma produção de acolhimento e de desvio. A clínica e a ciência: o conhecimento quando aplicado ao cuidado de pessoas incorpora um conhecimento moral e interpretativo, isto é, uma razão prática (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Neste ponto, o poder e o saber investidos nesta clínica sustentam densamente uma prática que traz a noção de excelência e de qualidade técnica, o que não é bom ou ruim em si, posto que pode alavancar “processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou funcionar como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça” (CAMPOS, 2005, p.

579). Portanto compreendemos que o valor da técnica reside em ser valor para o outro, não para programas de saúde, nem tampouco para o cumprimento de metas de produtividade que as diretrizes de uma política de saúde podem induzir.

Ao compreender o campo da saúde como lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida, desvelam-se práticas que compreendem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (TEIXEIRA, 2001).

Da mesma forma, a inovação do, e no trabalho em saúde aponta para a importância de repensar os cenários de prática. Enquanto alguns formatos oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro, outros cenários são mais duros e proporcionam encontros pontuais, pouco aprofundados e muitas vezes tensionados. Compreendemos no trabalho vivo que sempre é possível recriar espaços e principalmente reformular nossos fazeres na direção de um resgate da vida do usuário com seus desejos, possibilidades, apostas e projetos como pauta destes “encontros”.

O “encontro” como produto e produtor nesta clínica de sujeitos contradiz um modelo praticado pela economia do contemporâneo, modelo que condiciona uma doença a uma intervenção e então produz prescrições, sintomas, mortes, tratamentos e curas. Ou como nos fala Teixeira (2001), uma prática em saúde que olhasse com sensibilidade aos modos de produção de vida ou de adoecimento.

DO ENCONTRO AO VÍNCULO

De uma clínica de patologias a uma clínica de sujeitos e de afetos. Seria possível para os profissionais de saúde bucal transitar por estes dois mundos? São mundos opostos ou complementares? As questões que potencializam esta discussão ao mesmo tempo evidenciam o tamanho do desafio que uma nova posição para a clínica nos mostra. Convivemos nos serviços de saúde há tempos com configurações e arranjos tecnológicos para a saúde bucal com o mote da vigilância à saúde, posições constantemente irrigadas por dados epidemiológicos que formataram as práticas para erradicação da cárie dentária, de forma recorrente, ao longo dos anos e das políticas de saúde, reforçando nossa interpretação de que as bases epidemiológicas e a tecnologia biomédica adquirem permanentemente, a concretude que sustenta a prática pública de saúde bucal no país (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Se assim desejamos constituir uma posição para a clínica, há que se transitar pelo cuidar e não mais contabilizar produtos e resultados. É assumir uma prática em saúde que está alicerçada numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (HUNTER, 1996; FRANCO, 2014).

Reconhecemos que “o vínculo significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: um encontro de subjetividades” (FRANCO, 2014, p. 26).

Portanto, as relações de confiança, que se estabelecem com o convívio no serviço de saúde, em encontros para o cuidado na perspectiva de uma longitudinalidade, pressupõem tempo suficiente para que angústias e preocupações possam ter espaço e contingência. Por outro lado, a equipe de saúde deve ter disponibilidade para a escuta

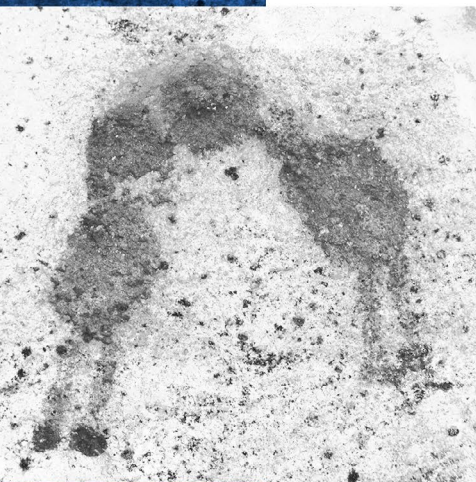
(CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CARVALHO *et al.*, 2006; KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Reconhecer a formação de vínculo, o encontro de subjetividades para a produção do cuidado em saúde é permitir reflexões sobre novos caminhos e composições para a clínica em saúde bucal.

Tal atitude clínico-crítica nos permite, pensar, como Passos e Benevides (2001), em uma política da clínica como política da produção da subjetividade, da criação de si, pois é no plano da vida e da produção de vida que o cuidado se efetiva. A dimensão política do cuidado contempla a aposta em uma ação na realidade e nos processos de produção de si e do mundo.

No espaço de poder que é a clínica, compreender os limites e possibilidades da tecnociência, os anseios e angústias de usuários e equipe de saúde, redimensionar os valores da técnica, tanto pelos trabalhadores quanto pelas expectativas socialmente construídas de uma prática em saúde bucal, é também permitir novas relações de poder. De certo modo é permitir que se produza um esvaziamento do poder do saber científico sobre os atos em saúde e um importante deslocamento do lugar que ocupa este saber na relação profissional-usuário, em busca de relações mais simétricas entre estes sujeitos. O saber técnico como coadjuvante e não o protagonista e mediador das relações de cuidado.

A clínica, a tecnociência, de encontro e de vínculo, o outro. O cuidado em saúde compartilha muitas faces sobre um mesmo fato. As relações que permeiam o cuidado em saúde são tecidas em cada encontro intersubjetivo e disto não podemos prescindir no nosso desafio de inovar uma clínica há muito cindida, pela arte e pela técnica, da produção de subjetividades. Supostamente e artificialmente cindida. Como se fossem produtos e resultados a serem executados e não a relação única e singular que aflora, sendo desejada ou não, nos momentos e atos de uma clínica.



O desafio de pensar a saúde a partir de seus desequilíbrios compreendendo os corpos, as ações, as sensações, os sintomas, os sinais, técnicas, elementos naturais e dispositivos que se rearranjam na busca de um estado de saúde que jamais se estabiliza (PINHEIRO; MATTOS, 2001). Reinterpretar aquilo que insistimos em não ver, mesmo que esteja sempre ali, adjacente a qualquer estado de saúde. É a subjetividade que se produz, que dá o tom dos afetos.

A clínica dos afetos. Franco (2014) nos convoca a pensar o encontro como dispositivo do cuidado “e a potência dos corpos como uma força que opera fortemente para o cuidado em saúde” (FRANCO, 2014, p. 290), pois na produção de vida e na vida concreta dos usuários que faz sentido o processo de cuidado.

Dito de outro modo, buscamos desvelar tecnologias no processo de trabalho em saúde bucal, como tecnologias relacionais, pois neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (PIRES; BOTAZZO, 2015).

Na construção de percursos para o cuidado, a experiência bucal dos sujeitos produz, de certa forma, seus produtos, reflexos e espelhamentos de uma relação intersubjetiva: a clínica, sem intervenções cirúrgicas ou uso de técnicas odontológicas, é já em si mesma um dispositivo terapêutico. O espaço da clínica de saúde bucal pode ser o lócus, o micro-espço onde acontecem relações e encontros singulares.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. CEPESC, 2009.
- CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573-83, 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 139-46, 2004.

CARVALHO, A. M. A.; BASTOS, A. C. S. B.; RABINOVICH E. P.; SAMPAIO S. M. R. Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicol. Estud.* v. 11, n. 3, p. 589-98, 2006.

FRANCO, T. B. Acolhimento Solidário como Dispositivo para a Formação pelo Trabalho: a experiência da disciplina Trabalho de Campo II, no Curso de Medicina da UFF. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 1, p. 20-30, 2014.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comum Saúde Educ.*, v. 9, n. 17, p. 287-302, 2005.

HUNTER, K. M. Narrative, Literature, and the clinical exercise of practical reason. *The Journal of Medicine and Philosophy*, v. 21, p. 303-320, 1996.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliar. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 17, n. 2, p. 304-12, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E., ONOCKO R. *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicol. Clín.*, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. "Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal." *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 273-84, 2015.

RAMOS, F. R. S.; BERTONCINI, J. H.; MACHADO, R. R.; FLOR, R. C.; PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto Contexto Enferm.*, v. 18, n. 2, p. 361-8, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecno-semiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Quando pensamos em cuidado em saúde bucal nossa mente visualiza boca? Dentes? Por que não podemos pensar que o cirurgião-dentista deve pensar além? Para cuidar de bocas e dentes precisamos pensar desde o autocuidado em saúde bucal ao cuidado planetário e no compromisso enquanto categoria profissional em todas essas dimensões. Pois, Boff (1999) nos ensina que:

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra” (BOFF, 1999, p. 33).

A dificuldade de cuidar na odontologia nasce com a profissão. E esta centra-se em três questões principais: a associação entre dor e odontologia historicamente constituída na profissão, o modelo biomédico ocidental no qual a profissão estruturou-se, e na dificuldade de compreensão do conceito de bucalidade.

A historicidade da odontologia, cercada de dor e sofrimento, produz uma visão sociocultural da profissão diferente de outras áreas da saúde. No imaginário popular, surgem explicações diversas, tais como “Dentista e a morte nunca se acostumou com ninguém, todo mundo sempre tem medo de dentista e da morte” (NUTO, 1999, p. 141).

Assim, a odontologia, apesar de livrar a dor, associa-se a ela. Pois, para retirá-la, os procedimentos odontológicos, mesmo com o advento dos anestésicos, causam sofrimento para alguns e medo para outros. E para livrar-se do incômodo ou para restabelecer a saúde

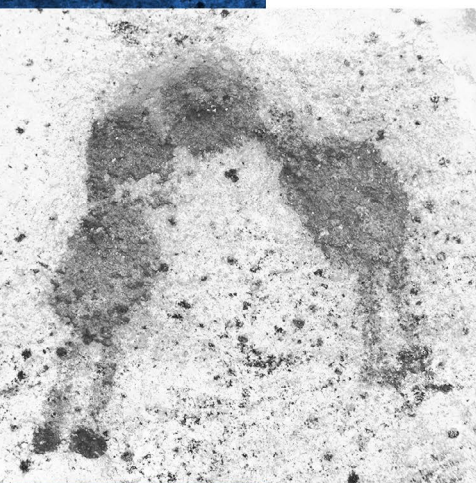
bucal é necessário o enfrentamento da situação: sentar-se numa cadeira odontológica. Que besteira! Muitos dirão. O medo do outro é sempre desprezível. E aí vem o primeiro exercício que o dentista tem que aprender para cuidar: ser empático.

A odontologia fortalece enquanto profissão, influenciada pelo paradigma cartesiano, que dominou o pensamento médico, o chamado Modelo Biomédico Ocidental (CAPRA, 1995). Nesse modelo tratamos órgãos e não pessoas; doenças e não doentes; separa-se as fontes de dor fisiológicas e psicológicas; e o papel dos profissionais de saúde é uma intervenção física ou química para consertar algum defeito em uma máquina.

Quando se reduz a saúde a uma avaria no funcionamento do corpo, deixa-se de pensar em cura, enquanto uma interação complexa de aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana (CAPRA, 1995), resultando numa dificuldade de conceber o cuidado como essencial nesse processo. Assim, quando a odontologia incorporou o paradigma biomédico na profissão e na formação, dificultou trabalhar a essência do cuidado durante o desenvolvimento profissional.

Para cuidar precisa-se incorporar o conceito de cura, exigindo uma visão sistêmica dos organismos vivos, como também uma visão sistêmica da saúde (CAPRA, 1995). E para formar cuidadores também tenciona-se compreender sistemicamente os estudantes como organismos vivos e não máquinas a reproduzir acriticamente os ensinamentos dos seus educadores.

Quando há o distanciamento do cuidado, o profissional passa a culpabilizar as pessoas. Culpabilização da vítima é o termo utilizado para individualização da culpa para uma prática coletiva (VALLA, 1993). A situação de saúde bucal dos indivíduos deixa de ter um olhar amplo, entendido como resultante de uma confluência de aspectos individuais,



econômicos, socioculturais e de acesso aos serviços de saúde, para tornar-se somente a ausência de autocuidado. Sem compreender, inclusive, a inoperância ou ausência de serviços de saúde, incluindo as próprias equipes de saúde bucal. E aí o que as equipes de saúde bucal fazem? Colocam máscaras, não fazem autocrítica e culpam os usuários. E um segundo passo depois de culpar: é punir.

“Se ele chegar sem escova, ele não é atendido. Se eu corar de novo com essas gotinhas e você tiver com a boca desse jeito aí eu não lhe atendo mais” (NUTO, 1999, p. 167).

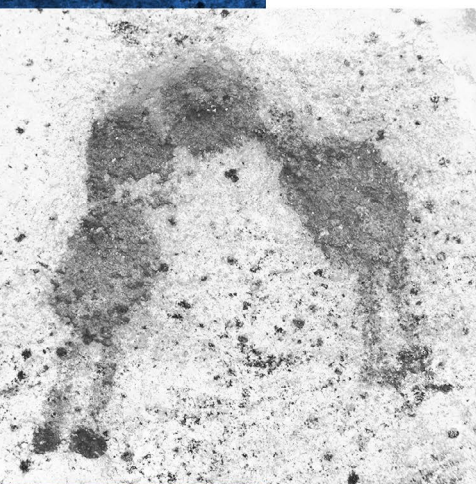
“O dentista vai me matar, quando ver minha boca”. Ele [dentista] me diz, você é meu calo!” (NUTO; COSTA; NATIONS, 2006, p. 80).

Como numa reação em cadeia, a construção histórica da profissão e o modelo biomédico odontológico se entrelaçam e coadunam com a dificuldade de entender o conceito de bucalidade (BOTAZZO, 2000).

A odontologia precisa inserir em suas práticas a complexidade envolvida na boca. A manducação envolve a apreensão, trituração, deglutição para garantir a sobrevivência humana. Entendendo que o ato de se alimentar é uma formação social e cultural, por isso não se deve “receitar” o que pode ou não pode comer, sem entender o contexto em que o indivíduo está inserido. Além da manducação, precisa-se compreender a boca também com as funções de linguagem e erotismo, pois desta forma ampliam-se as concepções de adoecimento em saúde bucal e suas práticas (BOTAZZO, 2006).

Com a incorporação do conceito de bucalidade, amplia-se a clínica odontológica para a clínica em saúde bucal, “rejuntao saberes da clínica ampliada com os da saúde bucal coletiva” (SOUZA, 2006, p. 26). E só assim será possível cuidar na odontologia, a partir do encontro desses conceitos.

E onde será possível esse encontro de conceitos? Essa reflexão deve-se partir de dois polos que se encontram: universidade e serviços de saúde. Seja nos processos formativos na graduação



e pós-graduação, como nos processos de educação permanente. Pois, pensar numa cultura do cuidado, é pensar desde a formação em odontologia, em como formar cuidadores. Para tanto, é preciso desenvolver criticidade consigo mesmo, com o outro, com o meio em que vive. Sem criticidade e capacidade reflexiva da prática, a práxis, o estudante e posteriormente o profissional é engolido e mascara-se. Por isso, todo processo educativo é uma opção política, pois,

“não importa em que sociedade estejamos, em que mundo nos encontremos, não é possível formar engenheiros ou pedreiros, físicos ou enfermeiras, dentistas ou torneiros, sem uma compreensão de nós mesmos enquanto seres históricos, políticos, sociais e culturais; sem uma compreensão de como a sociedade funciona. E isto o treinamento supostamente apenas técnico não dá” (FREIRE, 1994, p. 134).

REFERÊNCIAS

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. *O ponto de mutação*. 14ª ed., São Paulo: Cultrix, 1995.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- SOUZA, E. C. F. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 24-28, 2006.
- NUTO, S. A. S. *Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: a vez e voz do usuário*. 1999. 289f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia) – Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 1999.

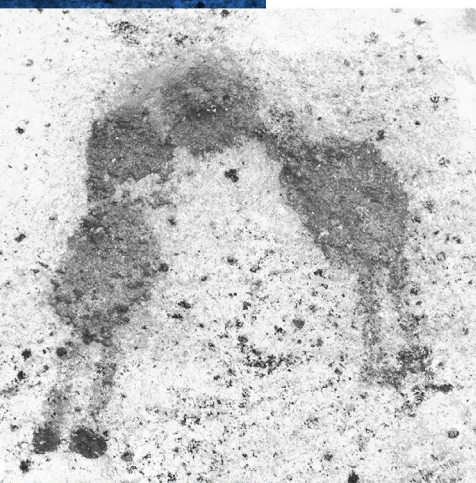
NUTO, S. A. S.; COSTA, I. C. C.; NATIONS, M. K. Motivação do autocuidado na periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Revista Periodontia*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 76-82, 2006.

VALLA, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

O CUIDADO EMANCIPADOR NO CAMPO DA ODONTOLOGIA

Nelson Filice de Barros

O cuidado em saúde cresce como área de pesquisa e tem sido abordado por novos referenciais. Embora as investigações sobre o cuidado estejam predominantemente associadas ao campo da saúde, ressalta-se que os elementos que o influenciam não se restringem às relações na saúde, pois o cuidado é um atributo fundamental para a manutenção da vida coletiva e está associado à expressão de apoio social intenso. Ainda que as práticas de cuidado estejam diretamente associadas as aplicações técnico-tecnológicas na assistência à saúde, elas alcançam as subjetividades e sociabilidades, afetando amplamente a vida dos sujeitos e as redes de apoio social. O cuidado alude à solidariedade, respeito, zelo, ajuda mútua e qualidade da interação entre sujeitos nas dimensões micro, meso e macroestruturais. É possível identificar, portanto, que a ontologia do cuidado está para muito além da biomedicina e que, por isso, observa-se uma hermenêutica do cuidado, na qual múltiplos sentidos são atribuídos e alcançam um espectro teleológico de desfechos (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2018; CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017).

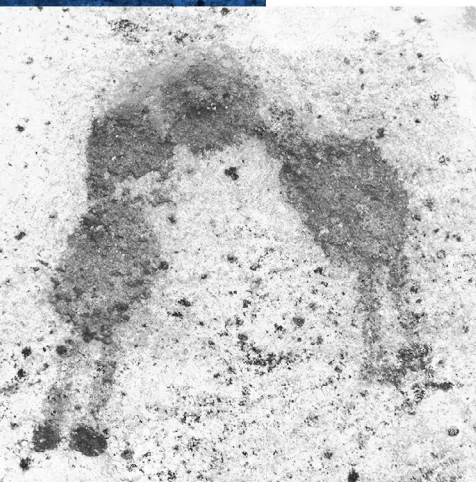


O cuidado é um evento e um artefato da cultura contemporânea. Como evento contemporâneo está condicionado por relações de poder que permeiam e marcam práticas, discursos, sentidos e valores, sem perder de vista a sua articulação com fatores de produção, consumo e regulação. Já como artefato cultural para Du Gay (2013), diz respeito ao produto construído nas práticas culturais, onde os significados, signos e valores de um grupo orientam representações e práticas, deixando ver que os objetos não existem por “si”, pois são carregados de sentidos relacionados às classes sociais, gêneros, etnicidades, ciclos de vida e outros marcadores sociais.

Entre muitas possibilidades identifica-se na contemporaneidade a mobilização de diferentes grupos em busca da qualificação e valorização da atenção que abranja mais amplamente das ações de cuidado. Observa-se o questionamento acerca do potencial do paradigma biomédico para atender às múltiplas demandas implícitas nos processos de saúde-doença-cuidado e, também, a força das evidências da vida cotidiana das pessoas que apontam a necessidade de uma abordagem “sócio+lógica” emancipadora dos cuidados.

Um cuidado emancipador teria como possível definição: trata-se de um híbrido formado pelo cuidado informal (atributo da espécie) e pela clínica biomédica (primeira ruptura epistemológica), realizado por profissional de saúde orientado ético-politicamente, para a substituição processual da heteronomia pela autonomia, aceleração da segunda ruptura epistemológica, responsabilização pelo letramento em saúde, e sobre o funcionamento do sistema de saúde e colaboração com os “experientes” para a assunção, compreensão, manejo e significação dos eventos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado (BARROS, 2020; BARROS, 2020; FREIRE, 1996; SANTOS, 1995; GIGERENZER; MUIR GRAY, 2011; ANDRADE; MALUF, 2017; ANTONOVSKY, 1979).

Como se nota, o cuidado emancipador agrega um conjunto de ações e práticas desenvolvidas nas últimas décadas, as quais exigem



detido detalhamento. Nesse texto pretendo desenvolver a relação entre o cuidado emancipador e as necessidades de letramento em saúde e funcionamento do sistema de saúde, apontados por Gigerenzer e Muir Gray (2011), no que denominam de “século dos pacientes” (ANTONOVSKY, 1979).

O “século do paciente” é o nome dado a um movimento lançado no interior dos debates sobre as práticas baseadas em evidência, com a preocupação de produzir um giro sociológico no século XXI e orientação da maior parte das ações em saúde para os pacientes em detrimento dos investimentos tecnocientíficos. A perspectiva do “século dos pacientes” é a de que os cuidados de saúde são mais eficazes em pacientes mais bem informados e os responsáveis pelo fornecimento de informações precisas, honestas e transparentes são os profissionais e as instituições de saúde (GIGERENZER; MUIR GRAY, 2011).

Em 2011, um psicólogo que investigava como os humanos fazem inferências em situações de tempo e conhecimento limitados, e um médico ligado ao Centro Cochrane do Reino Unido para a promoção de medicina baseada em evidências, organizaram o livro *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*, que apresenta e discute os fundamentos do “século dos pacientes” (GIGERENZER; MUIR GRAY, 2011).

Para os autores, o século XXI precisa ser compreendido como o século dos usuários dos sistemas público e privado de saúde, na medida em que eles devem ser a prioridade para o fornecimento de informações honestas e transparentes dos governos e instituições de saúde. Esta alternativa é a saída para garantir atenção à saúde de qualidade com financiamento viável para o Estado, pois o século XX produziu pacientes que carecem de conhecimento e sofrem de um analfabetismo em saúde. Essa condição foi criada e reproduzida pelas indústrias, organizações e profissionais de saúde, que ao longo do

século XX colocaram foco, quase exclusivo, no desenvolvimento de medicamentos, patentes e tecnologias em saúde.

Ainda com base no texto de Gigerenzer e Gray (2011), o “século do paciente” sucede à primeira revolução na medicina ocidental contemporânea realizada no século XIX com a profissionalização do cuidado biomédico e a segunda revolução no campo da saúde, que criou poderosos sistemas de gerenciamento de serviços de saúde e transformou o século XX, no século dos profissionais da saúde, da clínica biomédica e da indústria farmacêutica. Apesar dos grandes avanços, os séculos XIX e XX criaram pacientes desinformados, pois o conhecimento para eles não era o objetivo principal, e a sua desinformação foi garantia de lucro. A terceira revolução em disputa na contemporaneidade é a revolução do “século dos pacientes”, que apresenta um ideal democrático, na medida em que se preconiza, que toda pessoa tem o direito de conhecer os fatos e basear suas decisões nas melhores evidências disponíveis.

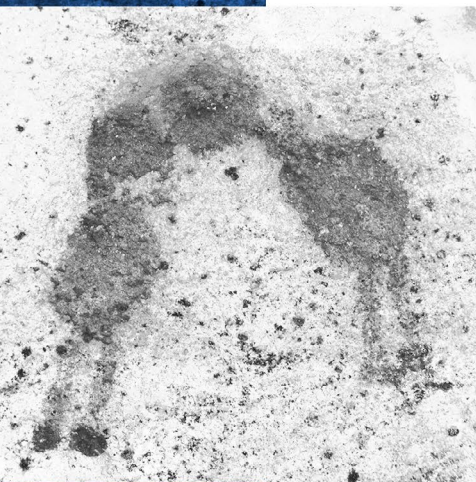
A necessidade de criar um movimento orientado para os pacientes se deve ao fato de que eles não têm acesso às melhores evidências, pois as informações que lhe são fornecidas são tendenciosas. Os pacientes também não acessam as melhores evidências porque, ao longo do século XX, o conhecimento no campo da saúde foi produzido, segundo Gigerenzer e Muir Gray (2011), com: financiamento tendencioso, relatórios tendenciosos em revistas especializadas, reportagem tendenciosa na mídia, conflitos de interesses, prática defensiva e currículos que falharam em ensinar aos profissionais como compreender as estatísticas de saúde.

A maior parte dos cursos do campo saúde, entre eles os cursos de odontologia, falha com os pacientes, pois formam profissionais, por um lado, com competência limitada para ensinar o público sobre como o sistema de saúde funciona e, por outro lado, com baixo compromisso para ensinar os usuários a identificar se ou por que as evidências estão

ausentes, incompletas ou não são confiáveis. A falha de formação pode ser ainda mais acentuada se observamos que os profissionais da saúde não sabem ou recusam-se a informar os usuários sobre vieses de publicação, grupos de interesse e onde obter evidências de qualidade quando precisam.

No “século dos pacientes” é necessário que um profissional da odontologia se responsabilize pela alfabetização das pessoas em relação ao sistema de saúde. Em outras palavras, é necessário que o profissional deixe de orientar sua prática para a biopolítica imposta pelo Estado e mercado sobre as populações, e empenhe-se em desenvolver meios para garantir, para cada um e todos os seus pacientes, a compreensão básica de como o sistema de saúde funciona, bem como o conhecimento mínimo sobre a organização do sistema de saúde e os fluxos de referência e contra-referência dentro dele. Lembrem-nos Gigerenzer e Muir Gray (2011) que todas as instituições e todos os profissionais estão em posição de ajudar a melhorar a alfabetização dos pacientes sobre o sistema de saúde, inclusive deixando claro para os usuários e para os meios de comunicação, que o uso excessivo de serviços e produtos no campo da saúde pode causar mais danos que benefícios. Para os autores, no campo da saúde “mais, nem sempre é melhor” e, por isso, cremos que uma das atribuições dos profissionais, no letramento dos pacientes sobre os modos de funcionamento do sistema de saúde, é a adoção e disseminação das práticas de prevenção quaternária.

Para desenvolver um cuidado emancipador o profissional da odontologia deve responsabilizar-se também pelo letramento dos pacientes em temas fundamentais e não especializados da morfofisiologia. É necessário que os profissionais compreendam que no século XX os holofotes das instituições de saúde não estavam direcionados para a produção de pacientes com conhecimentos de saúde. Como esse foco construiu-se a noção de paciente problema,



porém no “século do paciente” a posição deve ser diferente, pois “o problema de hoje é menos o paciente do que o sistema de saúde”. Dessa maneira, compreende-se que ao longo do século XX, instituições e profissionais de saúde culpabilizaram as vítimas que produziram, pois o paciente é apenas o último elemento em uma cadeia de relações, alimentada pelas indústrias, organizações e profissionais, que cria e sustenta ativamente o analfabetismo em saúde.

É necessário que o profissional da odontologia promova a alfabetização em saúde, com a certeza de que melhores cuidados são possíveis com menos recursos, quando a pessoa compreende o evento, o diagnóstico, as formas de prevenção e as formas de tratamento. Em outras palavras, o cuidado emancipador no “século do paciente” é também a agência de cada profissional para a construção de mais justiça social e saúde.

O “século do paciente” refere-se a uma sociedade em que maiores investimentos em saúde signifiquem mais conhecimento para os pacientes, na forma de educação em saúde e alfabetização sobre o modo de organização e funcionamento do sistema de saúde. Refere-se, enfim, a uma revolução nas práticas de cuidado orientadas menos para a tutela e mais para a emancipação das pessoas.

REFERÊNCIAS

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Cuidados em saúde: sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. *Psicol. Soc.*, Recife, v. 30, 2018.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface*, Botucatu [online], v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.

DU GAY, P.; HALL, S.; JANES, I.; MADSEN, A. K.; MACKAY, H.; NEGUS, K. *Doing cultural studies: The story of the Sony Walkman*. 2ª ed., London: Sage Publications, Incorporated, 2013.

BARROS, N. F. Cuidado emancipador. *Saúde e Sociedade*. 2020. (no prelo)

BARROS, N. F. O cuidado emancipador e a simetria de poder. *Revista do Centro de Pesquisa e Formação do SESC*, n. 10, p. 216-32, 2020.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. 7ª ed., Porto: Edições Afrontamento, 1995.

GIGERENZER, G.; MUIR GRAY, J. A. (editors). *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*. Cambridge (MA): MIT Press, 2011.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-84, 2017.

ANTONOVSKY, A. *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publishers: San Francisco/London, 1979.

GIGERENZER, G.; MUIR GRAY, J. A. Launching the Century of the Patient. In: GIGERENZER, G.; MUIR GRAY, J. A. (editors). *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*. Cambridge: MIT Press, 2011.

14

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Edgard Michel Crosato

Roosevelt Silva Bastos

EPIDEMIOLOGIA E PLANEJAMENTO COMO DISPOSITIVO POLÍTICO EM TEMPOS DA COVID-19

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991.377-401

INTRODUÇÃO

A ideia de observação e registro de fatos e comportamentos em associação à condição de saúde do ser humano é muito antiga e praticada por Hipócrates, na Ilha de Cós, na Grécia Antiga (CAIRUS, 2005). No entanto, como sistema de vigilância provavelmente ocorreu pela primeira vez no início do século XIV, na República de Veneza, durante uma epidemia de peste bubônica. Naquela oportunidade, autoridades de saúde pública locais determinaram que barcos fossem aportados sob distância do centro urbano e impediram o desembarque das pessoas para evitar que a doença pudesse ser transmitida para a comunidade (LEE; TEUTSCH; THACKER; ST. LOUIS, 2010). Assim, a epidemiologia firmou-se como um relevante aliado das tomadas de decisão em saúde coletiva ao fornecer dados e informações sobre números absolutos e relativos a respeito da quantidade de afetados, a mortalidade associada, os riscos de contágio e distribuição de doenças endêmicas, epidêmicas e pandêmicas, como é o caso do vírus SARS-CoV-2.

A vigilância da covid-19 no Brasil foi possível pela ação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que com fortes dificuldades relacionadas à divulgação das informações pelo Ministério da Saúde, em 2020. Por esta razão é importante fazer um resgate histórico sobre a construção do SUS como um sistema público universalista com sistema de vigilância epidemiológica em todo o país. Nunca se deve esquecer que já vivemos um período historicamente recente de ditadura militar (1964 a 1985), em que a atenção à saúde era dividida politicamente entre ações pontuais relacionadas a programas de imunizações e campanhas isoladas sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e a assistência sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social sob a salvaguarda do Instituto Nacional da Previdência Social, conhecido pela sigla INPS. Naquela época, o brasileiro na área da saúde pública não era reconhecido pela sua condição humana, mas

por uma assinatura em sua carteira de trabalho, razão pela qual a chancela do sistema de saúde se abria para alguns e não para todos.

A assistência privilegiava a prática curativa e individual em favor das especialidades em hospitais, obviamente de alto custo para a população. O sistema excludente da época entrou em colapso nos anos 1970, momento em que o financiamento à fundo perdido de hospitais privados cessou o atendimento aos usuários do INPS reduzindo a rede pública de atendimentos, gerando grandes filas e protestos. O anseio pela liberdade de pensamento e pela democracia se juntou ao desejo de um sistema de saúde planejado e organizado para dar atenção à saúde. Iniciou-se, portanto, o movimento sanitário num clamor pela atenção à saúde de qualidade para toda população, e não somente aos que trabalhavam no mercado formal.

Em 1978, em Alma-Ata, cidade do Azerbaijão, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (WHO; UNICEF, 1978), um marco muito importante e que reforçou a estrutura da reivindicação da população brasileira, uma vez que a saúde foi reconhecida nesta conferência como um direito humano fundamental e que a dramática desigualdade em saúde observada entre continentes, países, estados, cidades ou mesmo em distintos bairros de uma mesma localidade, só diminuiria se fossem organizados sistemas universais de saúde em cada nação.

No Brasil, alguns programas de atenção primária ocorreram no final dos anos 1970, início dos anos 1980, e foram capazes de promover o combate à mortalidade infantil nas populações vulneráveis que participaram, certamente um exemplo de que o país precisava de um sistema de saúde muito mais audacioso do que somente prover assistência à livre demanda de um grupo da população. O movimento sanitário ganhou corpo sob o *slogan* das “Diretas Já”, idealizado e presente em muitas tiras inteligentes do cartunista Henfil. Em 1986 deflaga-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde com ampla participação

nacional sob a liderança do Professor Sérgio Arouca. As discussões e deliberações desta conferência romperam os muros do encontro liderando os temas inseridos na constituinte formada e balizou os artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988), diretamente relacionados com a saúde.

A partir da oitava, o conceito de saúde foi expandido:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1987, p. 382).

Saúde foi entendida como resultado de políticas sociais e econômicas, devendo ser levados em consideração seus determinantes. Reconheceu-se a relevância pública de ações e serviços de saúde, considerando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Reivindicou-se que fosse criado um sistema de saúde com descentralização administrativa, com atendimento integral e participação social para todos. O SUS nasce em 1988 com a nova constituição, chamada de cidadã pelo Presidente da Constituinte Deputado Federal Ulisses Guimarães.

Em 1990, as leis orgânicas de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990) foram publicadas reafirmando princípios doutrinários constitucionais para o SUS reconhecendo que saúde é um direito para todos (universalidade), com justiça social (equidade) e que a população tenha acesso a medidas de promoção, proteção e recuperação (integralidade). Destaca-se a necessidade de “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (Lei 8080/90, artigo 7º, parágrafo 7º). Estava planejado um sistema de saúde universal no Brasil e que teria condições de enfrentar endemias e epidemias com base em evidência científica.

Estes parágrafos introdutórios têm a intenção de trazer para à superfície que a pandemia de covid-19, em 2020, traria dificuldades ainda maiores no Brasil sem um sistema de saúde planejado com serviços de urgência e emergência, atenção primária, secundária e terciária, além de um sistema de vigilância epidemiológica para orientar a tomada de decisão das políticas necessárias em tempos da covid-19, assim como ocorre com o SUS, ainda que suas potencialidades não tenham sido utilizadas na sua plenitude.

A epidemiologia como ramo da saúde coletiva

A epidemiologia é o ramo da ciência que estuda na população a ocorrência a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde (LAST, 2001). A análise epidemiológica precisa ser capaz de antecipar problemas, orientar a tomada de decisões pelos gestores públicos e oferecer alternativas e soluções (BRASIL, 2020).

Não é recente a relação da epidemiologia com a sociedade. Simões (1985) já colocava:

O pensar epidemiológico é hoje necessário não apenas aos epidemiologistas, mas a todos os profissionais da área da saúde e mesmo aos leigos. Estes se deparam no noticiário cotidiano com expressões francamente epidemiológicas quando, por exemplo, os jornais noticiam estudos controlados mostrando significância ou não de determinados dados coletados em amostras de população. Assuntos que tocam diretamente a vida do homem, como o papel do fumo sobre a saúde ou o uso de anticoncepcionais, são debatidos através dos meios usuais de informação (SIMÕES, 1985, p. 138).

O mesmo autor ainda complementa que epidemiologia não é um simples instrumento de análise, mas verifica os problemas mais relevantes da vida humana (SIMÕES, 1985).

Outro ponto importante são as relações entre a epidemiologia e as políticas públicas. Essa ciência deve analisar os impactos de políticas públicas sobre o perfil epidemiológico e as contribuições da epidemiologia para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde (BARATA, 2013).

A epidemiologia ganha destaque em tempos do covid-19 e está presente na tomada de decisão e na informação em saúde. Inúmeros serviços passam a informar a evolução da pandemia em tempo real. Discussões sobre o melhor tratamento, desenvolvimento de vacinas, distanciamento social, dentre outros assuntos são abordados.

Quais são os avanços para a ciência epidemiológica durante e pós processo pandêmico? Fica evidente que o tema ganhou destaque e importância perante a opinião pública, mas também incorporou novas tecnologias e métodos de pesquisa.

Uma área em evolução e que ganhou destaque foi a epidemiologia digital. O termo epidemiologia digital foi definido por Marcel Salathé como epidemiologia que utiliza dados que foram gerados fora do sistema público de saúde, ou seja, com dados que não foram gerados com o objetivo principal de fazer epidemiologia (SALATHÉ, 2018). A epidemiologia digital usa métodos digitais desde a coleta até a análise de dados (KALTEH; RAJABI, 2020). Vários exemplos já estão sendo realizados com aplicação da epidemiologia digital, como o uso de telefones celulares para o enfrentamento de epidemias.

Esse novo ramo da epidemiologia ganha destaque e apresenta um número crescente de utilização em pesquisas, principalmente pela crescente facilidade de novos bancos de informação em saúde. Mas também apresenta vários dilemas éticos na utilização das informações pessoais e uso indiscriminados das informações em saúde.

A epidemiologia tem a possibilidade de utilizar ferramentas tecnológicas para a definição de políticas públicas. Os sistemas

informatizados podem ser utilizados para elaborar planejamento estratégico que permite a melhor otimização dos serviços de saúde e respectivamente sua qualidade.

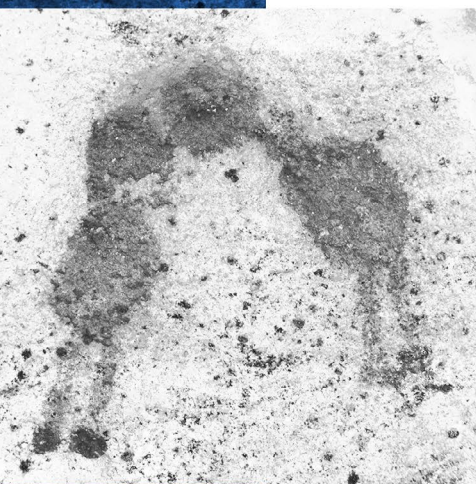
A epidemiologia como instrumento de transformação, nessa realidade atual, apresenta alguns desafios que podemos citar: 1. Manter a importância da epidemiologia; 2. A relação entre epidemiologia e a academia; 3. Relação com os serviços de saúde; e 4. A política de publicação de dados.

Nas informações epidemiológicas sobre vários desfechos de saúde no contexto da covid-19 seria importante observar vários cenários de fatores de risco as pessoas.

Um impacto importante seria a redução na atividade física, com aumento correspondente nos comportamentos sedentários à medida que as pessoas restringem suas atividades para praticar o distanciamento social. Aumentos nos níveis de estresse devido ao risco de saúde percebido, preocupações financeiras e incerteza sobre o futuro podem desencadear alterações nos ciclos de sono / vigília, inflamação prolongada de baixo grau, aumento dos sintomas depressivos e maior carga de fadiga. Os desafios nutricionais e o acesso limitado a cuidados de saúde de rotina e / ou visitas domiciliares pode reduzir o risco de transmissão viral, mas agravar o início e a progressão da carga de doenças crônicas (SCHRACK; WANIGATUNGA; JURASCHEK, 2020).

Outra discussão importante é sobre quais indicadores utilizar em estudos atuais, os baseados nos cuidados ou nos pacientes. Existe uma tendência de começar a incorporar cada vez mais indicadores que levam a experiência do paciente.

A escolha do periódico científico, seu sistema de revisão e sua credibilidade, passaram a ser mais questionadas e analisadas por todos. Muitos estudos clínicos foram retratados ou modificados por



seus autores. Outro questionamento foi em relação as publicações pré-impressão e qual a sua validade para a epidemiologia.

Entre as utilidades mais citadas da epidemiologia em relação à covid-19 estão:

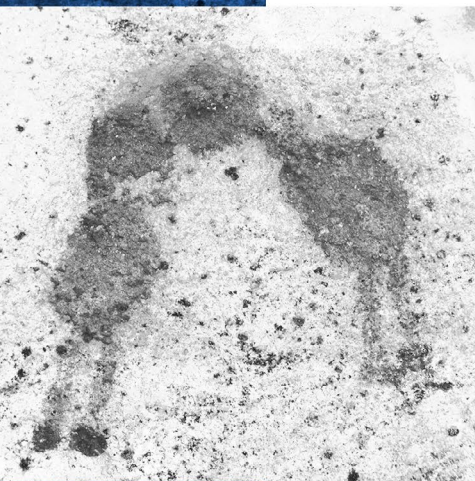
1. Analisar a situação de saúde momentânea através de medidas de morbidade e mortalidade;
2. Identificar os principais fatores de risco no controle da doença;
3. Monitorar os serviços de saúde e verificar a resolubilidade dos serviços de Saúde;
4. Verificar a eficácia, a efetividade e o impacto de estratégias de intervenção;
5. Estudar os padrões de distribuição geográfica das doenças.

A epidemiologia apresenta-se como um potente instrumento para o planejamento dos serviços de saúde, no que tange à sua aplicação prática em favor da saúde da população. O conhecimento da epidemiologia é uma base fundamental para o enfrentamento da covid-19 e em outros eventos de saúde nessas próximas décadas.

Outra situação que deve ser observada como muito relevante é a aproximação da academia e os serviços de saúde. Como dados epidemiológicos podem dar subsídios para a boa gestão dos serviços de saúde.

Um desafio muito importante é o monitoramento epidemiológico das desigualdades e iniquidades sociais que tendem a crescer nesse momento de pós-pandemia.

A epidemiologia necessita ser construída com uma clara consciência de que seu papel histórico, incluindo o compromisso com a transformação das condições de saúde da população (BARRETO,



2002). A epidemiologia consiste em uma poderosa ferramenta para a transformação social e uma melhor qualidade de vida das populações e são um importante dispositivo político em tempos de covid-19.

A EPIDEMIOLOGIA COMO DISPOSITIVO POLÍTICO

A epidemiologia é uma ciência de dados aplicada à saúde (ALMEIDA-FILHO e BARRETO, 2011). Estuda o processo saúde-doença-cuidado em coletividades humanas, analisando a sua distribuição (epidemiologia descritiva) e os seus fatores determinantes (epidemiologia analítica) de uma forma aplicada – propondo medidas específicas de promoção ou recuperação da saúde e também de prevenção, controle ou erradicação de doenças; e, ainda, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2011). Sua contribuição transcende as estimativas de prevalência, incidência, infectividade, patogenicidade, virulência, mortalidade, letalidade e tantos outros indicadores; ultrapassa os limites dos cálculos de coeficientes e medidas de associação, risco ou sofisticados algoritmos de predição. Sua principal vocação é a de desvelar as iniquidades implícitas no cotidiano da vida em sociedade – uma epidemiologia social, vinculada ao conceito de justiça – por meio de coleta, processamento, análise e disponibilização sistemáticos de dados. Isso tem sido feito no Brasil? Nossos gestores têm utilizado as evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão?

É sabido que uma gestão qualificada pressupõe o uso de dados e informações qualificados para o apoio e suporte ao planejamento e gestão (PAIM, 2003) para que as decisões sejam pautadas em aproximações sucessivas da realidade, com racionalidade em

termos de custo-efetividade, evitando sofrimento desnecessário, perdas desnecessárias, inclusive de vidas humanas. Nesse sentido, o gestor não pode prescindir da epidemiologia como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão.

Então, pensando nisso, é importante discutir os usos e as aplicações práticas da epidemiologia no campo da gestão. O Quadro 1 apresenta uma síntese de algumas dessas possibilidades em tempos de covid-19 (KISSLER *et al.*, 2020; NAUDÉ *et al.*, 2020; PROMPETCHARA *et al.*, 2020).

Quadro 1. Alguns usos e as aplicações práticas da epidemiologia no campo da gestão no contexto da pandemia de covid-19

<p>Identificação de agravos nas populações (sistemas de vigilância epidemiológica) → <i>Emissão de alertas</i> e avisos precoces.</p>
<p>Estudo das características e manifestações da doença → Protocolos de diagnóstico.</p>
<p>Analisar a distribuição da doença: prevalência e incidência por local, pessoa e tempo (monitoramento por dashboards) → Identificar grupos de risco, flutuações sazonais, tendências de disseminação e a elaboração de estratégias de ação antecipadamente.</p>
<p>Compreender as formas de contágio e as características da doença → Proposição de formas de prevenção.</p>
<p>Estimar taxas de infectividade, patogenicidade, virulência, letalidade e mortalidade.</p>
<p>Calcular o número básico de reprodução (R₀), ou seja, o número médio de contágios causados por cada pessoa infectada e o número efetivo de infecções (R_t), que é uma estimativa de R₀ ajustada para a proporção de suscetíveis ao longo do tempo → Estimar a velocidade de propagação da doença, bem como os caminhos prováveis para essa disseminação.</p>
<p>Monitorar o tempo médio: entre o contato com vírus e o desenvolvimento da infecção; entre exposição e o desenvolvimento da infecção; em que o indivíduo infectado não é capaz de infectar outras pessoas (Período de latência); em que os doentes podem infectar (Período infeccioso); até o aparecimento dos primeiros sintomas (Período de incubação); entre a infecção e o agravamento da doença; até a recuperação do indivíduo doente. Essas estimativas são imprescindíveis para a adoção de medidas de contenção da epidemia, estabelecendo, por exemplo, o período necessário para a quarentena, o isolamento e para a adoção de medidas de distanciamento social (ampliado ou seletivo) por autoridades sanitárias.</p>

Rastreamento de casos e contatos/comunicantes ⇒ excelente estratégia para controle de epidemias ⇒ utilizando, por exemplo, dados de celulares, utilização de transporte público, compras por cartão de crédito, etc. ⇒ estimando, por exemplo, as proporções de pessoas em distanciamento social contínuo, intermitente ou as que não aderiram.
Identificar grupos e fatores de risco para a doença em suas diferentes formas de manifestação.
Testar a acurácia de testes diagnósticos ⇒ Aquisição dos testes mais adequados.
Estimar número de casos que irão requerer cuidados médicos intensivos ⇒ planejamento da rede de atenção à saúde (RAS).
Estimar o tempo médio de ocupação de leitos hospitalares ⇒ planejamento e regulação da RAS.
Calcular a razão demanda-utilização de serviços de saúde ⇒ planejamento e regulação da RAS.
Estudo da eficácia, eficiência e efetividade de tratamentos ⇒ Proposição de protocolos clínicos.
Estudo da eficácia, eficiência e efetividade de medidas de prevenção , a exemplo da testagem de vacinas ⇒ Planejamento e programação (microplanejamento de campanhas vacinais) .
Estudar aspectos da imunidade: Há imunidade cruzada (outros coronavírus)? Duração da imunidade? ⇒ Planejamento para novas ondas epidêmicas.
Estudos de predição ⇒ Previsão de cenários futuros: desde custos com o enfrentamento da doença, colapso da rede de saúde, pico do número de casos e óbitos, novas ondas da pandemia (caso haja), entre outras.
Estudar os efeitos da pandemia no SUS (novos arranjos organizacionais da APS, estratégias para a manutenção dos serviços para o enfrentamento de outras doenças ⇒ câncer, doenças cardiovasculares, traumatismos, etc.).
Estimar os efeitos da pandemia e das medidas de mitigação sobre inúmeros desfechos de saúde ⇒ Planejamento e implementação de ações para garantia dos serviços de saúde essenciais, especialmente às populações mais vulneráveis.
Estudar os efeitos na pandemia na economia e nas relações sociais.
Planejamento, implementação e avaliação de ações governamentais.

Fonte: Autoria Própria.

Graças aos sistemas de vigilância epidemiológica disponíveis em todo o mundo foi possível identificar o primeiro caso da doença provocada pelo novo vírus SARS-CoV-2 na China (e os casos subsequentes) e notificar as autoridades sanitárias, o que gerou a

emissão de alertas e avisos precoces por autoridades da Organização Mundial de Saúde (em 01 de janeiro de 2020) e de outras instituições no mundo, oportunizando aos governos nacionais e locais uma mobilização para um eventual enfrentamento do problema. Portanto, a epidemiologia tem uma importância crucial na identificação de doenças emergentes, como é o caso da covid-19 e reemergentes como a dengue, sarampo, febre amarela, dentre outras.

Além disso, utilizamos ferramentas da epidemiologia para analisar a distribuição das doenças, a prevalência, a incidência, por local, por característica da pessoa e do tempo. Com a pandemia de covid-19 houve uma popularização do uso de *dashboards* no Brasil e no mundo (Quadro 2). Com isso, gestores, autoridades sanitárias, cientistas e a população em geral podem visualizar grupos de risco, verificar flutuações, estimar tendências de disseminação, acompanhar a evolução dos casos, dentre outras aplicações. De posse das informações, gestores podem elaborar planos de contingências, metas, estratégias de ação e monitorar/avaliar as ações implementadas.

Também podemos utilizar a epidemiologia para compreender as formas de contágio, as características das doenças e, dessa forma, propor estratégias de prevenção, fazer rastreamento de casos e de comunicantes. Além de monitorar e estimar taxas de infectividade, patogenicidade, virulência, letalidade e mortalidade, conceitos amplamente discutidos e divulgados nas mídias desde o início da pandemia. Com a epidemiologia podemos calcular os indicadores relativos à velocidade de propagação da doença, a exemplo do número básico de reprodução (R_0), do número efetivo de infecções (R_t), o período de tempo entre exposição e o desenvolvimento da infecção, o período de latência, o período infeccioso, o período de incubação, o tempo de recuperação, o tempo médio em UTI, dentre outras estimativas que dão suporte ao estabelecimento de medidas de isolamento social, distanciamento social e quarentena e para o

planejamento da rede de assistência em saúde (RAS). As ferramentas da epidemiologia são também utilizadas para análise da acurácia de testes diagnósticos, para estudo da efetividade de métodos preventivos (uso de máscara, medidas de distanciamento social, vacinas, etc.) e terapêuticos e a proposição/avaliação de protocolos clínicos.

Os estudos de predição, utilizando diferentes técnicas de modelagem estatística, também têm sido bastante utilizados, especialmente para prever velocidade e padrão de propagação da doença, estimar número de casos e óbitos e o momento do pico da doença nos diferentes locais, prever a taxa de ocupação de leitos e da necessidade de serviços em geral, prever impactos na saúde, na economia, dentre outras aplicações.

Com a emergência da pandemia pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 houve uma explosão no número de estudos utilizando ciência de dados. A ciência de dados permite combinar dados de diferentes campos do conhecimento, em diferentes fontes e níveis de agregação, efetuando técnicas analíticas robustas, com alto nível de processamento para responder às mais variadas perguntas. É, portanto, uma ferramenta potente diante de grandes incertezas e escassez de dados formais, criando soluções locais que podem levar a impactos globais. Em uma revisão sistemática foram listadas várias áreas de contribuições das ciências de dados para o enfrentamento da doença; e uma das principais aplicações é nas análises de predição, apoiando tomadores de decisão (NAUDÉ, 2020).

Quadro 2. Links de alguns *dashboards* para monitoramento da covid-19 no Brasil e no Mundo.

Organizador	Abrangência	Escopo	Endereço eletrônico (link)
WHO	Mundo, por países	Casos (prevalentes e incidentes), óbitos, recuperados, testes	https://www.worldometers.info/coronavirus/
WHO	Regiões do mundo e países	Casos e óbitos	https://covid19.who.int
Johns Hopkins University of Medicine	Países. Nos EUA, por estado e <i>county</i>	Casos, óbitos, tendência temporal, distribuição espacial	https://coronavirus.jhu.edu/map.html
Oxford Martin School	Mundo, por países	Casos incidentes, óbitos, testes, distribuição espacial, recomendações	https://ourworldindata.org/coronavirus
New York Times	Mundo, por países	Casos (incidentes e prevalentes), óbitos, distribuição espacial, tendência temporal	https://www.nytimes.com/interactive/2020/world/coronavirus-maps.html
Microsoft Bing	Mundo, por países e UF	Casos (ativos, recuperados, novos), óbitos, tendência temporal, vacinas	https://www.bing.com/covid/local/
Keypoint		Publicações temáticas de covid-19	http://pubcovid19.pt/temas.php
Institute for Health Metrics and Evaluation	Mundo, por país e UF	Óbitos (diários e acumuladas), infecções e testagem, uso de máscara, uso de serviços hospitalares (leitos, UTI e ventiladores), distanciamento social, modelagem	https://covid19.healthdata.org
Ministério da Saúde	Brasil, por UF e municípios	Casos (incidentes e prevalentes), óbitos (novos e acumulados), tendência temporal, distribuição espacial	https://covid.saude.gov.br/

Cartório de registro civil do Brasil	Brasil, por UF	Óbitos (por data de ocorrência e de registro)	https://transparencia.registrocivil.org.br/registral-covid
CONASS	Brasil, por UF	Casos (incidentes e prevalentes), óbitos (novos e acumulados), tendência temporal, distribuição espacial	https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/
CONASS	Brasil, por UF	Excesso de mortalidade (óbitos esperados e observados)	https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/
ICICT/ FIOCRUZ	Brasil, por UF e municípios	Casos, óbitos, Rt, sintomas, distribuição espacial, tendência temporal, notas técnicas, relatórios, medidas governamentais, etc.	https://bigdata-covid19.ict.fiocruz.br/
UFPeI	Brasil, por UF e municípios	Modelagem matemática	https://wp.ufpel.edu.br/fentransporte/
FMRP USP	Brasil, por UF e municípios	Casos, óbitos, distribuição espacial, tendência temporal, modelagem matemática, notas técnicas, artigos científicos, etc.	https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/
REDE COVIDA	Brasil, UF, em Salvador, por distrito sanitário e bairro	Casos, óbitos e Rt	https://painel.covid19br.org/
PROCC/ FIOCRUZ	Brasil, por UF e municípios	Casos, óbitos, distribuição espacial, tendência, artigos, relatórios, etc.	https://covid-19.procc.fiocruz.br/
FIOCRUZ	Brasil, por UF	Casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) no SIVEP-Gripe	http://info.gripe.fiocruz.br/

Universidade Federal de Campina Grande	Brasil, por UF e município	Casos (prevalentes e incidentes), óbitos (novos e acumulados) tendência espaço-temporal (mapa da evolução diária por município e UF), quarentena	http://covid.lsi.ufcg.edu.br/
UFMA, M.A.T.H. Consortium, OPAS	Brasil, por UF e município	Diversos indicadores de monitoramento do impacto da covid-19 na saúde (e na provisão/uso dos serviços de saúde) de mulheres, neonatos, crianças, adolescentes e idosos (em construção)	https://public.tableau.com/profile/erika.thomaz#!/

Fonte: Autoria Própria.

Alguns dos principais modelos para análises de predição incluem: i) *Classification models*, que classificam dados em categorias preferencialmente dicotômicas. Um exemplo pode ser a utilização de dados para prever a necessidade ou não de internação; ii) *Clustering models*, que organizam os dados em grupos lógicos com base em atributos comuns, a exemplo da criação de grupos com diferentes prognósticos; iii) *Forecast models*, aplicados principalmente quando dados numéricos passados estão disponíveis para prever as métricas de desempenho de novos valores, usando o aprendizado com dados passados. O número de pessoas infectadas com covid-19 nos próximos 10 dias se encaixará nesse modelo; iv) *Time series model*, usado para previsões de curto prazo usando dados coletados em determinados momentos no tempo. Exemplo: uso de dados de curto prazo da epidemia na China para a previsão da epidemia em outros locais. Os algoritmos de *machine learning* ou *deep learning* são usados quando há necessidade de classificação ou agrupamento para previsão, decisão ou análise. Algumas dessas técnicas incluem:

Random forest algorithm, Gradient boosted model, K-means algorithm, FBProphet algorithm, Bagged Model, Bayesian Generalized Linear Model, Boosted Generalized Linear Model, Boosted Classification Tree, Bagged CART, eXtreme Gradient Boosting, Multi-Layer Perceptron, and Quantile Ordinal Regression – LASSO (SHINDE et al., 2020).

Entretanto, estudos de predição, em geral, não são simples e têm diversas limitações (WYNANTS et al., 2020; CASSARO e PIRES, 2020; NAUDÉ, 2020). Nesses estudos são utilizados dados do passado para prever o futuro, usando técnicas estatísticas (ARINO e PORTET, 2020; NAUDÉ, 2020). A realidade, porém, não é estática. Novas descobertas são feitas a cada instante. Novas decisões, protocolos, tecnologias, tratamentos, intervenções governamentais, como medidas de distanciamento social, surgem e são implantados, com potenciais impactos no futuro. Essas medidas podem modificar as tendências futuras e os cenários passados utilizados para as previsões deixariam de ser adequados. Além disso, fazemos predições, às vezes, utilizando dados de outros locais (com outra população, outros determinantes sociais, econômicos, culturais, outra organização e disponibilidade de recursos em saúde, outros ambientes geográficos) (CIUFOLINI e PAOLOZZI, 2020), ou de outros eventos (predições para as consequências do avanço do SARS-CoV-2 estão sendo desenvolvidos tomando por referência dados de epidemias por outras coronavíruses – SARS-CoV-1, MERS, HCoV-OC43, HCoV-HKU1) (PROMPETCHARA et al., 2020; KISSLER et al., 2020).

Para análises de predição, os dados relacionados aos eventos que se quer prever precisam estar disponíveis. Há, portanto, necessidade de disseminação dos dados em tempo real, o que é um grande desafio. Falhas no diagnóstico dos casos, quer por insuficiência de recursos, quer por problemas com a validade dos exames, ou, ainda, pela ausência de sintomas em parcela da população, prejudicam as predições (DANA et al., 2020; WYNANTS

et al., 2020). Pode haver ainda problemas com a subnotificação ou registro incompleto dos dados, levando a estimativas enviesadas dos numeradores e denominadores dos indicadores, a exemplo das taxas de prevalência, incidência, letalidade e de mortalidade. Assim, se nem o dado atual é válido, os preditos também não o serão. Em síntese, a qualidade do dado e a disponibilidade do dado em tempo oportuno são cruciais para a predição acurada de cenários futuros. Nesse contexto, deve-se considerar a possibilidade do erro, inerente a toda forma de conhecimento – inclusive o científico.

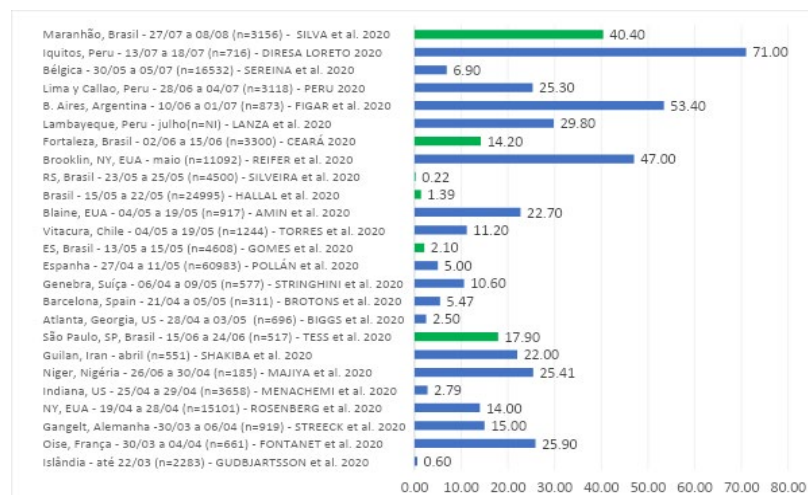
Vimos, especialmente ao longo dos primeiros meses da pandemia, uma popularização dos conceitos da epidemiologia. A mídia, gestores, profissionais de diversas áreas e a população em geral inseriram termos epidemiológicos em seus cotidianos e tornaram-se vorazes consumidores de informações relativas à pandemia de covid-19. Mas, será então que a epidemiologia tem sido utilizada, de fato, como um dispositivo político no Brasil para combater a pandemia? Eu suspeito que sim, mas, talvez, de formas diferentes, em intensidades diferentes, com propósitos diferentes.

Durante a pandemia foi possível perceber diferentes ferramentas da epidemiologia sendo utilizadas no apoio à tomada de decisão. A criação de sistemas de informação em todo o mundo, inclusive no Brasil, a exemplo do SIVEP-Gripe, E-SUS VE, E-SUS notifica, Notifica-covid-19; incontáveis painéis de monitoramento (*dashboards*) que foram criados para que o gestor pudesse deliberar pautado em dados e informações do seu território; a divulgação sistemática de boletins epidemiológicos; e os inquéritos epidemiológicos sorológico são algumas dessas ferramentas para auxiliar na tomada de decisão quanto ao monitoramento de casos e contactantes, instalação *lockdown*, liberação ou não das escolas e universidades, adoção de medidas para a manutenção dos serviços essenciais de saúde, liberação de serviços não essenciais, dentre outras medidas.

Os inquéritos sorológicos de base populacional são particularmente úteis para estimar taxas de subnotificação e discrepâncias, em geral, entre o dado observado e o dado oficial notificado pelas autoridades sanitárias. Há poucos estudos de soroprevalência de base populacional no Brasil. O resultado de alguns desses inquéritos no Brasil e em outros países pode ser observado na Figura 1. Inquéritos recentes apontaram que o número de casos notificados é muito menor do que os existentes (CEARÁ, 2020; SILVA *et al.*, 2020). No Maranhão, por exemplo, para cada caso notificado, estima-se haver outros 22 não notificados (SILVA *et al.*, 2020; IOANNIDIS *et al.*, 2020).

Um fenômeno político observado durante a pandemia foi a utilização das mídias sociais e mídias formais por gestores de diferentes níveis para se comunicar com a população. Nestas ocasiões diversos dados epidemiológicos eram comunicados.

Figura 1. Prevalência (%) de anticorpos contra o vírus SARS-CoV-2*, de base populacional, no Brasil e em outras regiões do mundo.



*Em ordem decrescente de acordo com a data de coleta dos dados.
NI: não informado.

A pandemia de covid-19 é, indiscutivelmente, uma tragédia sem precedentes. Considero, porém, que em meio a tanto caos, talvez tenhamos tido no Brasil o que estou chamando de “ganhos colaterais” ao SUS: a popularização da epidemiologia tanto para gestores quanto para a população em geral; o fortalecimento e valorização dos setores de vigilância em saúde, especialmente a vigilância epidemiológica; a ampliação da capacidade instalada do Sistema Único de Saúde (SUS) no nível de alta complexidade; fortalecimento dos mecanismos de regulação dos serviços de saúde; algumas experiências exitosas quanto à reorganização dos processos de gestão em saúde de forma intersetorial; o reconhecimento da importância e potência do SUS, que, posto à prova, respondeu às demandas da população – ricos e pobres, brancos e pretos, homens e mulheres. A pandemia deu muita visibilidade ao SUS, ratificando a sua importância e a necessidade de muito mais investimentos, entendendo o SUS como uma grande política de combate às desigualdades sociais em saúde. Entretanto, não sabemos a duração destes possíveis ganhos. Houve um enorme gasto público com a saúde no Brasil, que enfrenta grave crise econômica, política e sanitária (dentre outras) (CARRER *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020; SILVA, 2020), assim já é possível perceber uma amplificação dos movimentos neoliberais na gestão da saúde em diferentes localidades do país. E, a despeito dos possíveis “ganhos colaterais”, tivemos incontáveis prejuízos: milhões de vidas humanas perdidas; desorganização da Atenção Primária à Saúde (CARRER *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020); interrupção da oferta de serviços de saúde essenciais a milhões de brasileiros – o que impacta especialmente os mais vulneráveis; aumento dos transtornos de saúde mental; aumento da mortalidade materna e infantil; desemprego, pobreza, fome, desespero e violência.

O Brasil não utilizou adequadamente o que talvez seja a principal riqueza do SUS, a sua enorme capilaridade. O SUS está presente em todos os 5570 municípios brasileiros e a APS está presente nos

mais longínquos territórios, em lugares de difícil acesso, com enorme alcance populacional. As equipes da APS e, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde têm sido subutilizados em sua potencialidade na contenção de epidemias. Há que se pensar o que se fazer hoje e no futuro. Precisamos, a partir das lições aprendidas, reinventar a nossa organização em sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É obrigação dos gestores públicos que realizem a coleta, análise e interpretação sistemática e ininterrupta de dados relacionados à covid-19 para o planejamento e integração das informações aos que atuam no serviço público e privado, assim como para alertar a população sobre os riscos à vida diária para que, por fim, possam aplicá-las para prevenção e controle desta pandemia.

Retomando uma das perguntas feitas no início deste texto, entendemos que hoje para além de pensar se nós estamos utilizando ou não a epidemiologia como um dispositivo político, precisamos refletir sobre como a epidemiologia está sendo utilizada pelos gestores – se como um dispositivo de apoio à tomada de decisão ou uma ferramenta para legitimar a decisão já tomada. Esperamos que as lições aprendidas sejam também levadas para as próximas páginas da nossa história, porque, infelizmente, outros problemas certamente virão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

AMAYA, C. C. *Estudios de seroprevalencia en Perú no son concluyentes para inmunidad de grupo*. Disponível em: <https://ojo-publico.com/1975/>

covid-19-estudios-de-seroprevalencia-en-peru-no-son-concluyentes.
Acesso em: 18 ago. 2020.

ARINO, J.; PORTET, S. A simple model for covid-19. *Infect Dis Model.* v. 5, p. 309-15, 2020.

BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013.

BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2002.

BRASIL. *Anais*, 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do estado; 1988. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

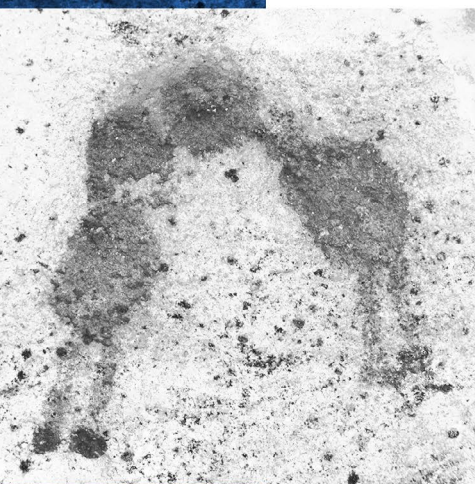
BRASIL. Epidemiologia precisa ser capaz de antecipar problemas, diz OPAS/OMS. *Ministério da Saúde*, 2020. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/52978-epidemiologia-precisa-ser-capaz-de-antecipar-problemas-e-orientar-decisoes-dos-governos-diz-opas-oms>. Acesso em: 01 out.2020.

CAIRUS, H. F. Ares, águas e lugares. In: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO JR. W. A. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CARRER, F. C. A. *et al.* A covid-19 na América Latina e suas repercussões para a Odontologia. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 44, n. e66, p. 1-2, 2020.

CASSARO, F. A. M.; PIRES, L. F. Can we predict the occurrence of covid-19 cases? Considerations using a simple model of growth. *Science of the Total Environment*, v. 728, p. 138834, 2020.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Inquérito Soroprevalência Coronavírus em Fortaleza: dados preliminares. Junho/2020.



CIUFOLINI, I.; PAOLOZZI, A. Mathematical prediction of the time evolution of the covid-19 pandemic in Italy by a Gauss error function and Monte Carlo simulations. *Eur. Phys. J. Plus.*, v. 135, n. 4, p. 135:355, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1140/epjp/s13360-020-00383-y>.

CORONAVIRUS en Perú: resumen y casos del 20 de julio, 10 jul. 2020. Disponível em: https://peru.as.com/peru/2020/07/20/actualidad/1595240969_226129.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

DANA, S. *et al.* Brazilian Modeling of covid-19 (BRAM-COD): a Bayesian Monte Carlo approach for covid-19 spread in a limited data set context. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.20081174v3>. Acesso em: 20 set. 2020.

EPICOVID19. Epidemiologia da covid-19 no Rio Grande do Sul: estudo de base populacional. 26 jul. 2020. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//coletiva-fase-4-20200526-v2.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

FONTANET, A. *et al.* Cluster of covid-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. *MedRxiv*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.04.18.20071134>. Acesso em: 28 abr. 2021.

IOANNIDIS, J. P. A. The infection fatality rate of covid-19 inferred from seroprevalence data. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20101253v3.full.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2020.

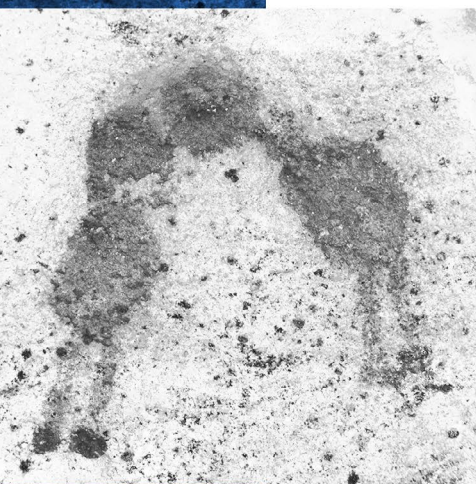
KALTEH, E. A.; RAJABI, A. COVID-19 and digital epidemiology. *Journal of Public Health*, p. 1-3, Apr 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01295-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-020-01295-y.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021

KISSLER, S. M. *et al.* Projecting the transmission dynamics of Sars-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*, v. 368, issue 6493, p. 860-868, 2020. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6493/860>. Acesso em: 18 ago. 2020.

LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. 4ª ed., New York: Oxford University Press, 2001.

LEE, L. M.; TEUTSCH, S. M.; THACKER, S. B.; ST. LOUIS, M. E. *Principles & practice of public health surveillance*. 3ª ed., New York: Oxford University Press, 2010.

MAJIYA, H. *et al.* Seroprevalence of covid-19 in Niger State. *MedRxiv*, Yale, p. 1-23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.08.04.20168112>. Disponível em:



<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.04.20168112v1>. Acesso em: 18 ago. 2020.

NAUDÉ, W. Artificial intelligence vs covid-19: limitations, constraints and pitfalls. *AI Soc.* v. 28, p. 1-5, 2020.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PERU. Estudio de prevalencia determina que el 25,3% de la población de Lima y Callao estaría infectada de covid-19. *Ministerio de Salud*. 26 jul. 2020. Disponível em: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/216013-estudio-de-prevalencia-determina-que-el-25-3-de-la-poblacion-de-lima-y-callao-estaria-infectada-de-covid-19>. Acesso em: 18 ago. 2020.

PROMPETCHARA, E.; KETLOY, C.; PALAGA, T. Immune responses in covid-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pac. J. Allergy Immunol.*, v. 38, n. 1, p. 1-9, 2020.

REIFER, J. *et al.* Sars-CoV-2 IgG antibody responses in New York City. *MedRxiv*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.23.20111427>

ROSENBERG, E. S. *et al.* Cumulative incidence and diagnosis of Sars-CoV-2 infection in New York. *Annals of Epidemiology*, v. 48, n. e4, p. 23-39, 2020.

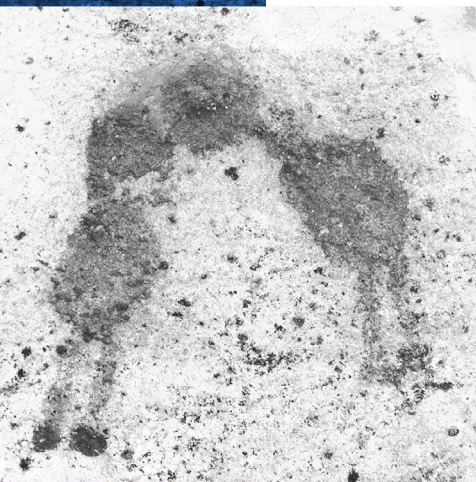
ROUQUAYROL, M. Z.; ALMENIDA-FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SALATHÉ, M. Digital epidemiology: what is it, and where is it going? *Life Sci Soc Policy*, v. 14, n. 1, p. 1, 2018.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SCHRACK, J. A.; WANIGATUNGA, A. A.; JURASCHEK, S. P. After the covid-19 Pandemic: The Next Wave of Health Challenges for Older Adults. *J Gerontol A Biol. Sci Med. Sci*, v. 75, n. 9, p. e121-e122, 2020.

SHAKIBA, M. *et al.* Seroprevalence of covid-19 virus infection in Guilan province, Iran, *MedRxiv*, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1>. Acesso em: 18 ago. 2020.



SHINDE, G. R.; KALAMKAR, A. B.; MAHALLE, P. N.; DEY, N.; CHAKI, J.; HASSANIEN, A. E. Forecasting Models for Coronavirus Disease (covid-19): A Survey of the State-of-the-Art. *SN Computer Science*. v. 1, p. 197, 2020.

SILVA, A. A. M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (covid-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. Bras. Epidemiol.* Rio de Janeiro, v. 23, n. e200021, p. 1-3, 2020.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Repeated population-based surveys of antibodies against SARS2-CoV-2 in Southern Brazil. *Nature Medicine*, 2020. (no prelo) DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0992-3>

SIMÕES, B. F. A epidemiologia como instrumento de transformação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 1, n. 2, p. 137-139, 1985.

STREECK, H. *et al.* Infection fatality rate of Sars-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. *MedRxiv*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090076>.

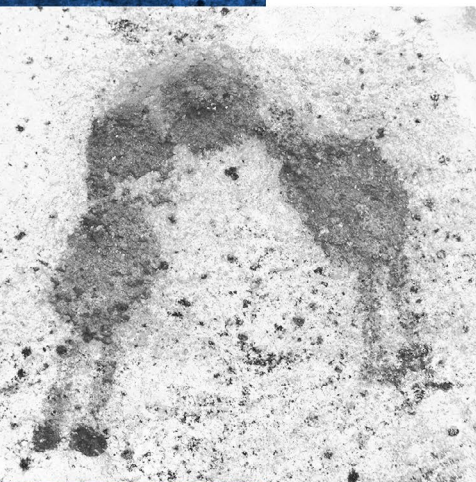
STRINGHINI, S. *et al.* Seroprevalence of anti-Sars-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoVPOP): a population-based study. *Lancet*, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31304-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31304-0).

TESS, B. H. *et al.* Sars-CoV-2 seroprevalence in the municipality of São Paulo, Brazil, ten weeks after the first reported case. *MedRxiv*, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.29.20142331v1>. Acesso em: 18 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.29.20142331>.

TORRES, J. P. *et al.* Sars-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis.*, 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa955.

WYNANTS, L.; CALSTER, B. V.; COLLINS, G. S.; RILEY, R. D.; HEINZE, G.; SCHUIT, E. *et al.* Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal. *BMJ*, v. 369, n. m1328, 2020.

WHO; UNICEF. Declaration of Alma Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata: World Health Organization, 1978.



15

Maria Gabriela Haje Biazevic

Alexandre Kalache

Kenio Costa de Lima

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Renato José De Marchi

Manoel Cavalcante de Sousa Castro

BOCAS, CORPOS E SUBJETIVIDADES QUE ENVELHECEM: COMO CUIDAR?

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991.402-438

INTRODUÇÃO

Alexandre Kalache

Em 1945, ano do meu nascimento, a expectativa de vida de um brasileiro não passava de 47 anos. Se envelhecer para os nascidos da minha geração já era uma exceção, há 100 anos era o privilégio de bem poucos. É a Revolução da Longevidade. No entanto, esta, que considero ser a maior conquista da sociedade a nível global do último século, ainda é vista como um fardo, algo a ser lamentado. Nossa atitude face ao envelhecer é um fator crítico, tanto a nível individual como da sociedade. Do contrário caímos no idadismo – o preconceito, o rechaço, exclusão social, negação de direitos. O principal deles, direito à vida, com dignidade, direito à saúde, a educação continuada, a participar da sociedade e direito a envelhecer com segurança, sentindo-nos protegidos.

Coube-me o privilégio de dirigir o Departamento de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) por 13 anos, até final de 2007. Um legado de minha gestão, do qual me orgulho, foi o Marco Político do Envelhecimento Ativo, lançado na II Assembleia da ONU do Envelhecimento em 2002. Tal marco contribui para mudar o paradigma: *'envelhecer é bom, morrer cedo é o que não nos serve'*. O Centro Internacional da Longevidade-Brasil (membro de uma aliança global de tais centros em 17 países, com sede na Universidade de Columbia, em Nova York) fez uma revisão deste marco que se encontra em nosso site, ILCBrazil.com.org. Três pontos a salientar:

- Saúde é criada no contexto do dia a dia, onde vivemos, trabalhamos, como nos divertimos, nos locomovemos, amamos;

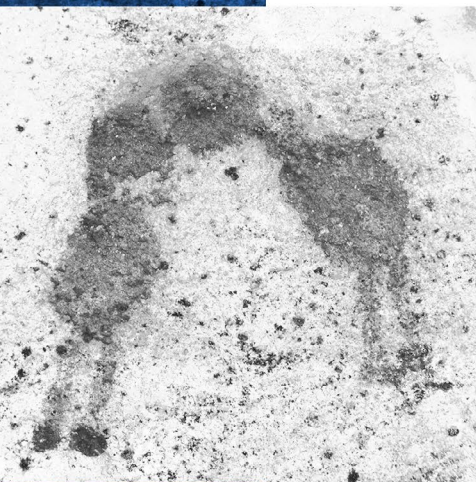
- Uma perspectiva de curso de vida é imperativa. Como chegamos à 'velhice' reflete as oportunidades que tivemos ou escolhemos;

- As opções mais saudáveis devem ser as mais baratas, fáceis e acessíveis. Do contrário, terminamos por culpabilizar a vítima.

As políticas para o bem envelhecer devem ser holísticas, menos focadas em 'doenças' e mais na promoção da saúde. E aqui saliento a importância da saúde bucal, que vai muito além do importante ato de mastigar – e, portanto, de uma alimentação saudável. Tem reflexos imensos em como nos apresentamos na sociedade, afinal uma das primeiras coisas que se nota em uma pessoa é seu sorriso. E quantas pessoas se sentem envergonhadas, evitando se socializar, isolando-se, estigmatizadas, com baixa autoestima.

Prepararmo-nos para a longevidade é um processo – e quanto mais cedo começarmos, melhor. Mas nunca é tarde demais. Com a Revolução da Longevidade é crítico conscientizar-nos de que devemos nos preparar para uma vida longa. Muito mais como uma maratona do que uma corrida de cem metros. Há barreiras, perdas, tropeções. Mas se tivermos a determinação, as reservas que criam resiliência, chegaremos bem a seu final.

Os profissionais da saúde têm um papel de alta relevância em assistir-nos no processo. Urge que estejam bem treinados. Afinal, quem se formar em 2020 e trabalhar tantos anos quanto eu – completo este ano 50 anos de formado – chegará a 2070 quando o Brasil terá 78 milhões de idosos, mais de um terço do total. Não há tempo a perder, os 'idosos' acompanharão nossas jornadas profissionais. A vocês, da área de saúde oral, cumpre fazê-los sorrir orgulhosos, com tanto brilho em seus sorrisos quanto em seus olhares.



Com relação à saúde bucal, dados do Levantamento Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2012), realizado em 2011, mostram que a média do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados), na população de 65 a 74 anos foi de 27,53, significando edentulismo praticamente total nesse grupo etário. Trata-se de uma situação que abrange todas as regiões brasileiras, sem distinção. Com relação a uso e necessidade de prótese, o mesmo relatório mostra que 63,1% da amostra representativa dos idosos brasileiros utilizava prótese total superior e 37,5% prótese total inferior, sendo que apenas 7,3% não necessitavam delas (BRASIL, 2012).

Esse cenário certamente impacta na qualidade de vida desse grupo e está bem estabelecido que, quanto pior a condição bucal, menor é a qualidade de vida, mensurada por diversos instrumentos (BIAZEVIC *et al.*, 2004). Porém, não basta apenas contarmos com dados epidemiológicos e com a mensuração sobre o modo como a condição bucal afeta o dia a dia dos idosos; necessitamos de políticas efetivas, que coloquem em prática o cuidado adequado aos nossos idosos.

Em tempos de pandemia nos perguntamos de que forma podemos contribuir para o debate dessa população vulnerável, de modo a considerarmos todas as subjetividades presentes no contexto da saúde bucal e do envelhecimento?

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA COVID-19: O OLHAR SOBRE AS PESSOAS IDOSAS

Kenio Costa de Lima

Para discutirmos a atual situação da covid-19 sobre as pessoas idosas, necessário se faz trilharmos um caminho com vistas à:

1. compreensão das características epidemiológicas da covid-19 nessa população;
2. identificação e compreensão do risco “inerente” às pessoas idosas;
3. compreensão da necessidade da discussão acerca da saúde bucal das pessoas idosas em tempos de pandemia.

Para iniciarmos nosso caminho formativo, trago alguns dados epidemiológicos para discutir como está a questão da covid-19 no país e sua relação com as pessoas idosas. O *dashboard* da John Hopkins (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020) traz dados interessantes, mostrando claramente o número de casos globais: quase 34 milhões de casos e mais de 1 milhão de mortes pela covid-19 (em 30 de setembro de 2020). Analisando-se a distribuição da doença por países, os Estados Unidos ocupam o primeiro lugar com mais de 7 milhões de casos e o Brasil a terceira posição de casos e segunda posição de óbitos. Este dado inicial mostra o quanto estamos vivenciando a pandemia em nível mundial e a epidemia no nosso país, e serve para que nós possamos pensar nas consequências para nossa população, principalmente quando tratamos da população idosa.

Para pensar nisso temos um questionamento: se o Brasil tem 3% da população mundial, por que os dados da covid-19 para o nosso país representam um pouco mais de 14% dos casos e óbitos em nível mundial, o que corresponde a quase cinco vezes mais a representação da nossa população no planeta? Devemos pensar: o que isso significa? De onde estamos partindo? O que nos falta para que possamos discutir esses aspectos?

Se pensarmos no recorte dos estados brasileiros, a Figura 1 traz os dados da covid-19 fornecidos pela Fundação Oswaldo Cruz, diariamente atualizados com base nos dados das Secretarias Estaduais de Saúde, via projeto Brasil.IO.

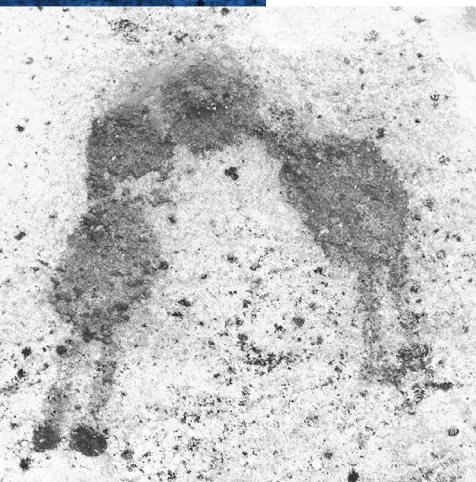
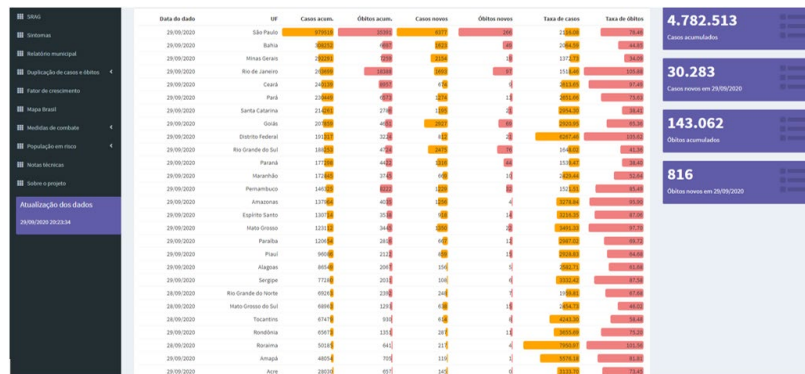


Figura 1. Casos acumulados, casos novos, óbitos acumulados, óbitos novos, taxa de casos e óbitos por unidades da federação do Brasil.



Fonte: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>

O Painel Brasil mostra os dados de casos acumulados, casos novos, óbitos acumulados, óbitos novos, além de taxa de casos e taxa de óbitos. O Estado de São Paulo apresenta o maior número de casos e de óbitos acumulados, mas não é a maior taxa de casos e de óbitos. Se formos analisar com cuidado os dados do Monitora Covid da Fiocruz, a maior taxa de óbitos está no Rio de Janeiro (1º), no Distrito Federal (2º) e em Roraima (3º), com mais de 100 casos por 100 mil habitantes. E de casos, o Distrito Federal, Roraima e Amapá apresentam as maiores quantidades de casos.

Os dados epidemiológicos da covid-19 no país têm sido avaliados como um todo em termos de nação ou de unidades federativas, mas é importante destacar que estamos vivendo diversas epidemias em diferentes locais dentro do país e dos estados, com diversos territórios vivendo momentos completamente distintos. Nesse sentido, dificilmente teremos uma medida uníssona que seja tomada em nível nacional, uma vez que estados estão vivendo momentos completamente diferentes e mesmo dentro de um mesmo estado temos momentos distintos dessa epidemia, corroborando o fato de

que vivemos em um país continental com características sociais e políticas distintas, o que contribui sobremaneira para uma série de situações epidêmicas diferentes.

Para fazer um recorte específico para a população idosa, enfatiza-se que as pessoas idosas são as menos acometidas pela doença, mas são as que mais morrem. Na Tabela 1 é apresentado um levantamento da covid-19 nos estados nordestinos com relação a casos, óbitos e letalidade nos meses de julho e setembro de 2020 trazendo um ponto que é fundamental de ser percebido.

Tabela 1. Percentual de casos, óbitos e letalidade em pessoas idosas nos meses de julho e setembro nos estados nordestinos.

Estados	% de casos em idosos 08.07.2020	% de casos em idosos 09.09.2020	% de óbitos de idosos 08.07.2020	% de óbitos de idosos 09.09.2020	Letalidade em pessoas idosas 08.07.2020	Letalidade em pessoas idosas 09.09.2020
Bahia	14,1	13,7	72,5	74,1	12,4	15,2
Sergipe	12,2	13,3	66,7	70,4	14,7	13,6
Alagoas	29,7	14,7	70,4	71,7	6,8	11,7
Pernambuco	21,2	18,4	74,8	75,4	27,9	23,7
Paraíba	14,5	15,4*	71,5	77,5	10,3	11,7*
Rio Grande do Norte	18,2	18,3	67,1	69,5	12,9	13,7
Ceará	21,7	19,7	74,4	74,8	17,5	14,6
Piauí	17,3	16,1	76,8	77,6	13,4	11,0
Maranhão	16,1	15,4	77,5	78,2	11,9	11,2

Fonte: Elaboração própria, a partir dos boletins epidemiológicos de cada estado da Região Nordeste.

Na primeira coluna observa-se que o percentual de casos em idosos na data de 8 de julho em Alagoas era de 29,7%, enquanto que em Sergipe eram apenas 12,2%, mostrando importante variabilidade entre os estados. Em setembro esse percentual sofreu redução. Cabe ressaltar que o boletim epidemiológico da Paraíba contém um asterisco, pois não contempla dados de casos por faixa etária, ou seja, não podemos analisar os dados sem solicitação prévia ao estado. Percebe-se ainda que o percentual de casos em idosos em setembro (dois meses depois) reduziu na maioria dos estados, ficando entre 13 a 20%. Em relação aos óbitos, os dados chamam muito a atenção. A questão dos

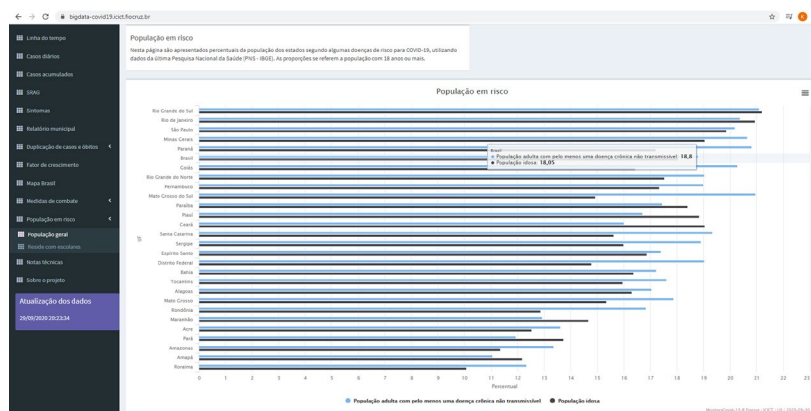
óbitos por covid-19 entre pessoas idosas virou um drama na população mundial. No Canadá, por exemplo, 85% das pessoas que faleceram eram pessoas que residiam em instituições de longa permanência, ou seja, pessoas idosas, em geral mais fragilizadas e confinadas em espaços que nem sempre conseguem manter as condições mínimas de contenção do contágio. No Brasil não há esse registro em instituições de longa permanência, o registro do óbito é feito no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e nesse sistema a instituição de acolhimento não é considerada como moradia para registro.

Olhando para os dados contidos na Tabela 1 no que se refere a óbitos, percebe-se uma grande variabilidade. No mês de julho, em Sergipe e no Rio Grande do Norte, o percentual de óbitos de idosos não atingia 70%, enquanto que no Maranhão, tanto em julho como em setembro, quase 80% dos óbitos eram em idosos. Em setembro, à exceção do Rio Grande do Norte, todos os estados nordestinos atingiram a marca de mais de 70% dos óbitos sendo de pessoas idosas. As duas últimas colunas correspondem à letalidade em pessoas idosas. Em se tratando de letalidade é preciso considerar a testagem. Observa-se que o estado de Pernambuco manteve nos dois momentos de análise mais de 20% de letalidade em pessoas idosas.

Em relação a outros aspectos da epidemia da covid-19 como a transmissão e fonte de infecção, por exemplo, segue-se as recomendações postas mundialmente, estando as pessoas idosas regidas pelas mesmas “leis” de transmissão e contágio das pessoas não idosas. Tem-se, portanto, que a principal forma de transmissão são as gotículas respiratórias, além das superfícies.

Algumas características epidemiológicas relativas às pessoas idosas precisam ser discutidas. Pode-se dizer que existe maior mortalidade na população idosa porque proporcionalmente há mais idosos na população, mas isso não necessariamente acontece.

Figura 2. População em risco para a covid-19.



FONTE: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>

A Figura 2 traz dados dos estados brasileiros com a população adulta com pelo menos uma doença crônica não transmissível representada pela barra azul e a população idosa representada pela barra preta. Segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a população idosa no Brasil está em torno de 18%, e a população com doença crônica, quase 19%. Com isso, tem-se no país uma população de risco para o desenvolvimento da covid-19 representando quase 20% da população brasileira.

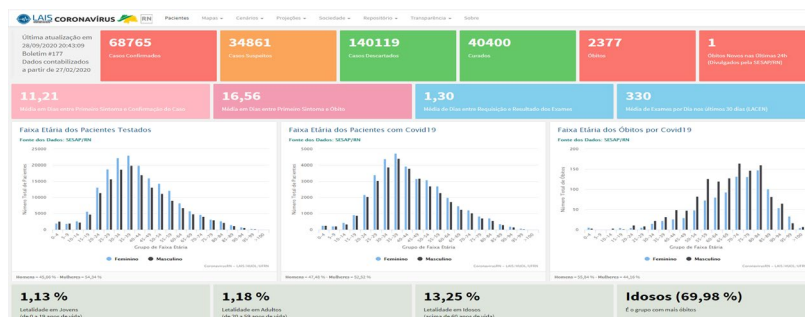
Sendo assim, alguns cuidados precisam ser tomados com relação a essas pessoas. Não somente porque representam 20%, mas porque são cidadãos, com direito à saúde e à vida. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) traz isso muito claramente, a garantia de um envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS *et al.*, 2013), ou seja, precisamos entender a dinâmica populacional e obviamente garantir a proteção social às pessoas idosas.

Esse é um ponto fundamental e se olharmos um estudo publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (BARBOSA *et al.*, 2020), em que foi feito um estudo ecológico para

estudar incidência e mortalidade de pessoas idosas brasileiras e a relação com alguns indicadores contextuais, observamos um dado curioso com relação às unidades da federação que foram analisadas. Encontrou-se uma correlação negativa entre o índice de envelhecimento e a proporção de idosos em relação à incidência acumulada e a mortalidade acumulada por covid-19. À primeira vista parece um dado epidemiológico estranho, mas na verdade é porque, no momento inicial da pandemia no Brasil, muitos estados que foram analisados eram estados que possuíam uma população jovem. Logo era esperada realmente uma correlação negativa em termos populacionais. Outra questão que chamou muito a atenção foi a correlação positiva da mortalidade em idosos com o percentual de pretos e pardos. Fica muito clara a desigualdade social que está presente em nosso país e, obviamente, isso se refletiu nos números, na distribuição epidemiológica do indicador na população.

Analisando-se os dados do estado do Rio Grande do Norte, especificamente do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), pode-se perceber que os três gráficos na Figura 3 apresentam formatos completamente distintos.

Figura 3. Distribuição dos indivíduos testados, com covid-19 e óbitos por faixa etária e sexo no estado do Rio Grande do Norte.



FONTE: <https://covid.lais.ufrn.br/>

O primeiro ilustra a faixa etária e sexo dos pacientes testados. Percebe-se que o pico dos testes, tanto do sexo masculino quanto feminino, se dá entre 25 e 40 anos. As pessoas com covid-19, obviamente, reproduzem essa mesma figura (observar o gráfico do meio). Já no gráfico da direita, a faixa etária dos óbitos mostra uma assimetria bem característica, onde o maior número de óbitos é relativo a pessoas idosas. Com relação à letalidade, pode-se perceber que a letalidade nos jovens, de 0 a 19 anos, é 1,13%; em adultos de 20 a 59 anos é de 1,18% (população economicamente ativa em potencial), e em idosos a letalidade chega a 13,25%, lembrando que esses valores dependem da testagem. E a representação mais atual mostra que quase 70% dos óbitos são em idosos.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, no início da pandemia havia mais jovens internados do que idosos. Em seguida esse quadro foi mudando e não sofreu mais alterações, sendo que cerca de 63% das pessoas internadas são pessoas idosas.

Precisamos entender esses aspectos e discuti-los, sobretudo pensar nesse tão falado “risco” inerente às pessoas idosas. As pessoas idosas são menos acometidas pela doença, porém são as que mais morrem. E por quê? Devemos considerar alguns pontos importantes: primeiramente as condições individuais, trazendo à discussão questões relativas à imunossenescência e a existência de multimorbidade. No entanto, mais do que características individuais, precisamos compreender o efeito da “falta” de políticas públicas que garantam a vida das pessoas idosas. Aqui destaco a ausência de uma política de cuidados continuados. Precisamos, de fato, tocar nessa ferida e discutir em nível do sistema de saúde brasileiro, quer seja público, quer seja na saúde suplementar, e no sistema privado totalmente. Nós não temos políticas de cuidados continuados e essa população fica desguarnecida. E no que se refere a outras políticas públicas, nos cabe lutar para efetivá-las de fato, pois temos instrumentos legais, temos políticas públicas, mas não vemos

a efetivação disso. Quando pensamos nos cuidados integrais e integrados, capitaneado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), vemos as coberturas da ESF completamente baixas em algumas capitais brasileiras. Historicamente tivemos vários problemas relativos ao cuidado às pessoas idosas. A atenção primária, a vigilância em saúde, poderiam fazer atividades integradas para dar conta das demandas da população idosa. Sendo assim, constata-se que eles estão mais expostos de fato pela ausência de políticas efetivas.

Quando pensamos em outro nível de atenção, se formos observar a oferta de leitos hospitalares, também veremos importantes desigualdades. Em relação ao cuidado às pessoas idosas em nível hospitalar, fizemos um estudo de uma coorte retrospectiva para avaliar a sobrevida de idosos utilizando uma base de dados com mais de 20 mil hospitalizações, no qual analisamos a estimativa de sobrevida pelo método de Kaplan-Meier. Observamos que o tempo mediano de sobrevida de um idoso hospitalizado estava em torno de nove dias. Tivemos 60,5% de mortes e a sobrevida global em cinco dias de hospitalização foi de 71%, reduzindo para 47,7%, em 10 dias de internação. Observamos ainda que a sobrevida vai caindo conforme a idade vai aumentando, tanto em cinco dias quanto em 10 dias de internação.

É importante destacarmos que não podemos tratar todas as pessoas idosas da mesma maneira. Existe uma heterogeneidade muito considerável, tanto relacionada aos aspectos etários, como relacionados a aspectos de raça, cor e etnia, gênero, classe social, que precisamos levar em consideração. É importante que pensemos, por exemplo, sobre a utilização do critério etário para que seja decidido quem tem acesso ou não a uma internação em uma situação de crise. Durante muito tempo houve um estigma, como se a vida das pessoas idosas não importasse. Reforçamos que a vida das pessoas idosas importa tanto quanto qualquer outra vida, são cidadãos que também contribuíram para construir a sociedade em que vivem com suas estruturas.

Com base nisso nós propusemos, no Rio Grande do Norte, a criação de um indicador composto para fazer o monitoramento da pandemia e também para poder acompanhar a questão da flexibilização ou não das atividades econômicas e todas as questões relacionadas. Utilizamos inicialmente 12 variáveis, as quais constam no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis que compuseram o indicador composto para análise e monitoramento da pandemia no Rio Grande do Norte.

1. Taxa de internação em leitos clínicos de pacientes diagnosticados com covid-19.
2. Taxa de internação em leitos críticos pacientes diagnosticados com covid-19.
3. Taxa de óbitos em leitos críticos de pacientes diagnosticados com covid-19.
4. Proporção de casos de covid-19 em profissionais de saúde.
5. Taxa de incidência de covid-19 na população economicamente ativa (PEA) em potencial.
6. Taxa de transmissibilidade.
7. Razão entre o número de testes realizados para cada teste positivo.
8. Taxa de casos ativos de covid-19.
9. Taxa de incidência de covid-19 em idosos.
10. Taxa de óbitos de covid-19 em idosos.
11. Variação percentual diária de casos.
12. Variação percentual diária de óbitos.

Dentre elas, destaca-se as de número 9 e 10, que são as taxas de incidência de covid-19 em idosos e de óbitos por covid-19 em idosos. A partir dessas variáveis, trabalhou-se com um escore final, que foi dividido em cinco níveis, seguindo a recomendação da OPAS (Organização Panamericana da Saúde), para poder acompanhar como estava a situação no estado do Rio Grande do Norte. Observamos a melhoria dessas variáveis no período de julho a setembro de 2020.

Historicamente os serviços de saúde sempre priorizaram as mulheres em idade reprodutiva e as crianças, porém nessa epidemia, se fosse mantido o foco apenas nessa população, não conseguiríamos

controlar a sua evolução. Com esse acompanhamento conseguimos poupar muitas vidas no estado do Rio Grande do Norte, vidas de pessoas idosas, vidas que importam.

As pessoas idosas apresentam um mosaico de dificuldades que enfrentam em função da pandemia. A perda de autonomia e de independência; o medo do desconhecido, sobretudo no início da pandemia; condições de depressão, de solidão; exclusão social, ainda maior neste caso, sentindo-se um “estorvo”. Costumo chamar de “velhismo” e não de “idadismo” para deixar bem claro o preconceito contra as pessoas idosas em relação a elas terem atingido os 60 anos. A ansiedade, a culpabilização, a automedicação, o uso desenfreado de medicamentos sem efetividade são outros pontos importantes, além da questão da violência, sobretudo a violência domiciliar que as pessoas idosas passaram a sofrer, física e psicológica; o agravamento das condições crônicas, a polifarmácia; e o medo da morte.

Esse enfrentamento gerou uma série de reflexos na vida dessas pessoas e os profissionais de saúde, sobretudo os dentistas, precisam encarar essa situação, compreender que o nosso núcleo de atuação é a saúde bucal, mas nosso campo de atuação é a saúde. E a gente precisa entender isso, reconhecer sinais e sintomas que possam ser sugestivos de covid-19 dentro de nosso núcleo de atuação, manter contato com as pessoas idosas e ajudar no controle de suas doenças crônicas, contribuindo, assim, dentro do possível, para que elas não se agravem. Estamos observando uma demanda represada de vários problemas de saúde em função da pandemia. Devemos implementar estratégias de telemonitoramento das condições de saúde bucal (não estamos falando de teleconsulta neste momento e, sim, de telemonitoramento). Estabelecer também uma rotina de atendimento específico às pessoas idosas. Lembrar de aferir sinais vitais (muitas vezes o dentista não leva isso em consideração na rotina clínica) e proporcionar, na medida do possível, um atendimento domiciliar, desde que seja preferido pelas

peessoas idosas. Trazer o protagonismo para essas pessoas, que em geral temos deixado tanto de lado, desrespeitando sua autonomia. Estimular a proteção individual e coletiva das pessoas idosas, orientá-las e também aos cuidadores, a proteger e trazer garantias de preservação do seu estado de saúde atual. Estimular o exercício de proteção social às pessoas idosas; isso sim o dentista pode fazer. E combater o “velhismo” nas práticas de saúde.

E, finalmente, gostaria de destacar um artigo publicado em jornal local, que menciona “óbitos de idosos deixam efeitos sociais nas demais gerações” (NASCIMENTO, 2020). A autora ressalta que, no Ceará, os idosos são a imensa maioria dos pacientes que vieram a óbito em decorrência do novo coronavírus, que o estado contabilizava em 3 de julho de 2020 cerca de 4,5 mil mortes entre pessoas com mais de 60 anos e a cada 10 óbitos pela doença no estado, sete eram de idosos. Ela traz uma reflexão que é extremamente importante para nós, profissionais de saúde, dentistas incluídos, membros de equipes de saúde:

“O caminhar um pouco vagaroso não há mais. Nem o contar de histórias, às vezes, até repetidas, mas fundamentais para que tantas gerações saibam o que ocorreu naquela família, naquele lugar. Foi embora o som da voz mais pausada cuja dona - em tempos convencionais - ainda guardava o hábito de sentar na calçada. Partiu quem viu o bairro, as ruas, as pessoas se transformarem ao longo de décadas. A covid-19 os levou” (NASCIMENTO, 2020).

Precisamos compreender esse “gerontocídio” que estamos vivenciando e reforçar sempre que a vida dessas pessoas importa, tanto quanto qualquer outra vida. A morte precisa ser evitada, precisa ser sentida.

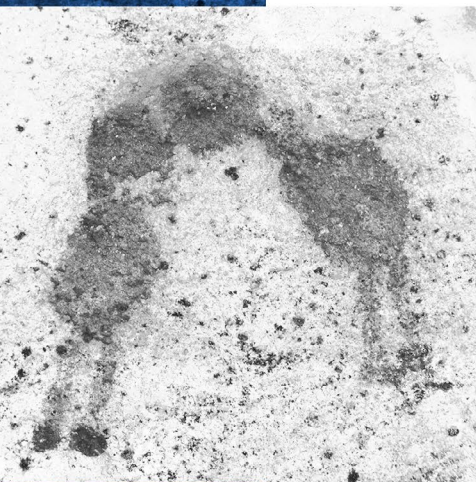
POLÍTICAS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA E A SAÚDE BUCAL

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Ao pensarmos em políticas públicas e o cuidado à saúde bucal pensamos o cuidado nas políticas, o cuidado para com as políticas ou descuidando das políticas? Acredito que pensar o cuidado com a saúde bucal do idoso é reconhecer uma teia complexa de relações sociais, culturais e econômicas e que delas participam pelo menos a própria pessoa que envelhece, o idoso, a sua família, a sua rede de relacionamentos afetivos, as organizações públicas e privadas, os profissionais que nela trabalham, o Estado pela função social que lhe corresponde e também o governo pelas políticas públicas que formula e as ações que implementa (MELLO; ERDMANN, 2007). Então, a meu ver, o cuidado é uma ação política e como toda política pública não seria caracterizada se não tivesse uma profunda e um concreto compromisso com a promoção do cuidado. Afinal de contas, todos cuidam e são cuidados em maior ou menor intensidade.

Tenho pensado já há algum tempo no que seria o cuidado à saúde da boca, que por vezes é tão separada do corpo e das subjetividades da vida humana, como o próprio tema que a nossa *live* propõe. Entendo que o cuidado com a saúde bucal deva ser desenvolvido como um conceito e incorporar elementos que o conformam como um processo dinâmico e contínuo, socialmente determinado e que influencia todo o processo de viver humano.

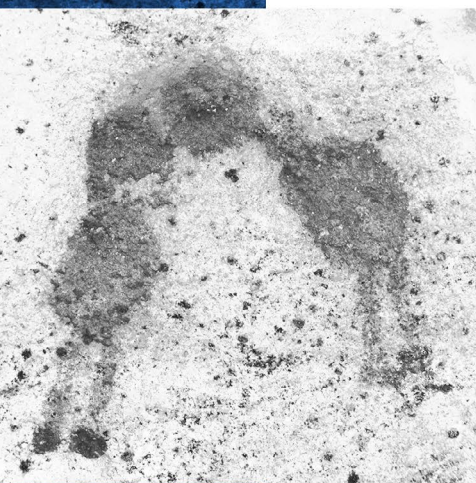
O cuidado com a saúde bucal é uma construção cotidiana que vai para além do espaço e tempo presente e que pressupõe uma visão integral do ser humano e da complexidade de suas relações com outros seres, com a sociedade e com todo o meio ambiente. Então, tenho como pressuposto também que a evolução dessas construções



teóricas sobre o cuidado com a saúde bucal é que poderá embasar e orientar as políticas públicas e as práticas que vão interferir diretamente na melhoria da saúde bucal de toda a população.

Pensar as políticas públicas de cuidado em saúde, especialmente as políticas de saúde bucal no envelhecimento, é contar uma história. É lembrar de muito que já foi produzido, que já foi escrito, muito do que já foi defendido e indicado assertivamente, e pelo menos eu destacaria três pontos. O primeiro deles é o diagnóstico da situação de vida, saúde e saúde bucal dos idosos no mundo e no Brasil. Já temos conhecimento suficiente sobre a forte determinação social das doenças bucais e, sempre é bom lembrar, os efeitos acumulados no curso da vida. O segundo ponto é a identificação dos motivos para chegarmos nesse estado, que considero vergonhoso, que beira a negligência, ressaltando a perda dentária. Para nós da odontologia e, talvez para toda a sociedade, seja o maior emblema do fracasso em termos de saúde bucal. E, como terceiro ponto, também acredito que já temos bastante conhecimento sobre o que poderia ser feito para minimizar essa situação, para controlar, para reverter, para transpor e chegar em um novo patamar, esse sim de cuidado à saúde bucal. Então parece cansativo para quem é da área, mas esse quadro mostra que o que foi feito até agora é insuficiente. Foi bastante, mas insuficiente.

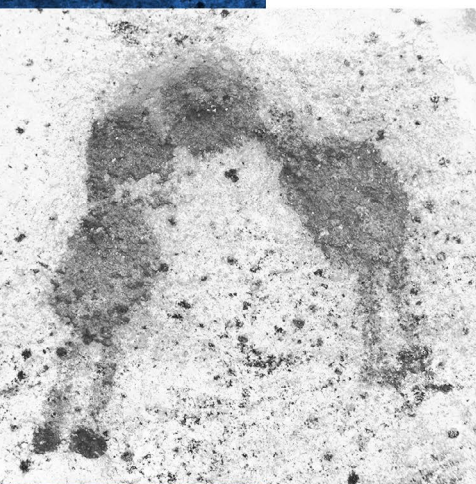
Assim como alguns elementos citados pelo professor Kenio (ver tópico anterior), o contraponto, o arsenal das diretrizes das políticas públicas acumulados que orbitam em torno do tema é vasto. Faço um recorte no tempo, lembrando desde a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Madri em 2002, com foco na contribuição na formulação e implantação de políticas públicas para influenciar os caminhos e prioridades de agenda de uma odontologia futura. Retomo todos os documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2002) sobre envelhecimento ativo e bem-sucedido uma proposta de ação intersectorial sustentada nos pilares de saúde, participação e segurança.



Todos os documentos da OMS na área de saúde bucal (WHO, 2020) e aqui destaco os artigos produzidos pelo professor Poul Erick Petersen (PETERSEN; OGAWA, 2018; PETERSEN; YAMAMOTO, 2005) sobre a questão da saúde bucal do idoso e a carga de doença acumulada mundialmente em saúde bucal e uma série de documentos que encorajam o gestor de serviços públicos a planejarem suas estratégias de modo eficaz e eficiente para melhorar as condições de saúde bucal e dar mais qualidade de vida para as pessoas que envelhecem.

No Brasil, a já citada Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso, portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços de atenção ao idoso no Brasil, o próprio Estatuto do Idoso, definindo medidas de proteção nesse segmento populacional com políticas de educação, saúde, habitação, transportes, inclusive envolvendo penalidades por infrações. Destaco também a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que em 2004 tinha um recorte bastante interessante sobre a saúde bucal do idoso; isso se perdeu na de 2018, que é a mais recente, mas ainda assim na agenda de prioridades brasileiras em pesquisa temos dois itens importantes, ainda que não restritos à saúde bucal, sobre a questão da pesquisa e a população idosa: análise da gestão das práticas das equipes no cuidado às especificidades do idoso e análise do acesso, qualidade e resolutividade do cuidado à saúde das pessoas idosas na rede de atenção à saúde.

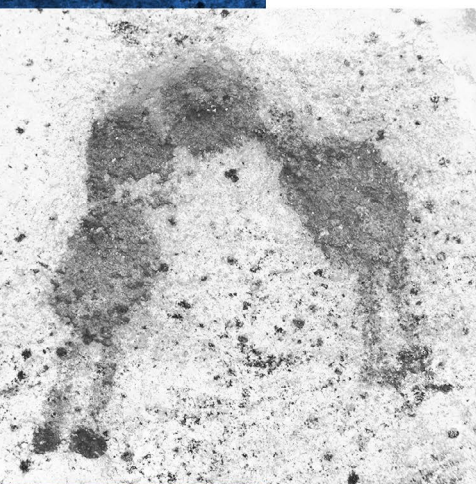
Temos a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, em que o relatório final apontou uma série de questões dirigidas à melhoria da saúde bucal da população idosa e temos as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o nosso Brasil Sorridente, também de 2004, propondo reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, tendo o cuidado como conceito central, eixo central dessa política. O modelo de atenção fundamentado em linhas de cuidado, sendo uma dessas linhas a do idoso, defendendo a garantia do acesso e



ampliação de tecnologias inovadoras que possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura a essa população.

É na figura do idoso que se personifica a noção de que a condição de saúde bucal e o estado dos dentes são um dos sinais mais significativos de exclusão social. Então, eu defendo que nós necessitamos realmente de políticas públicas redistributivas, de proteção social e estruturantes, que tragam regramentos, os rumos, com especial atenção à redução das iniquidades em saúde bucal. Afinal de contas, respondendo à pergunta que me foi apresentada: como cuidar? Como cuidar de tragédias anunciadas? A tragédia da saúde bucal das pessoas portadoras de processos crônicos, neurodegenerativos e demenciais, que é crítica; a tragédia das pessoas adultas e idosas com perda dentária severa; das pessoas idosas com reabilitações orais em péssimo estado, fazendo mais mal do que bem. A condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados, trazida como sempre precária; das pessoas idosas edêntulas, que já nem querem mais saber de reabilitação, porque afinal de conta estão se “sentindo tão bem assim”; das pessoas pressionadas pela instalação de implantes; da fragilidade oral que hoje é entendida como um indicador trazido em estudos epidemiológicos e, por fim, da insuficiente saúde bucal também já considerada pela literatura especializada como uma nova síndrome geriátrica.

A ausência de políticas públicas que visem a compressão da morbidade e a fragilidade dos sistemas de apoio formal e informal ao idoso configuram um cenário no qual a demanda pela assistência à saúde dos idosos só ocorre na necessidade iminente, quando os problemas já estão instalados. As barreiras que se colocam para acesso ao cuidado à saúde bucal se traduzem num comportamento imediatista, refletindo um padrão de pouca procura pelos idosos por serviços odontológicos. Desse modo, mesmo havendo deficiências na condição de saúde bucal da população idosa e sendo imensas as suas



necessidades acumuladas, a utilização dos serviços odontológicos é pequena, é a típica situação de uma demanda fantasma...ela existe? Ou ela não existe? Ou não queremos enxergar? Assim, tem sido insuficiente e de pouco efeito a formulação e a implementação de políticas públicas, que em última análise, expressam o grau de comprometimento público, estatal e governamental com o tema da saúde bucal em todo o curso da vida.

Acredito que haja uma necessidade iminente para reformularmos essa agenda e nesses dias conturbados que vivemos, uns revelam a sensação estranha de estar num barco sem leme, sem marinheiros para olhar as velas, olhar os ventos...outros acham que estamos num filme de Harry Potter¹, com dementadores sugando a nossa vida, outros estão no filme Contágio². E como será que aqueles que envelhecem se sentem quando um conjunto de políticas públicas de estado que garantam seus direitos sociais, constitucionais, tem sofrido tanta desconstrução?

Então, volto à questão: de que modo as políticas públicas se materializam em ações de cuidado à saúde bucal que alcancem a população idosa? E por que essas políticas públicas falham? Por que não repercutem efetivamente no dia a dia das pessoas para a promoção do cuidado, com vistas ao bem comum?

Vou parafrasear um dito que, pelo que pesquisei, é do nosso colega Manoel Cavalcante (também participante deste capítulo): “Qualquer livro livra e lhe faz bem”. Vou completar o raciocínio a partir de um livro, de uma leitura que, por conta da pandemia, consegui fazer, intitulado *Poor Economics* (BANERJEE; DUFLO, 2012), pesquisadores que receberam o prêmio Nobel de economia em 2019. O livro trata de descrever os estudos deles, baseados em ensaios randomizados

¹ A revisora pesquisou a forma correta das iniciais ESB e o correto é: e-SB. Muitos autores voltaram o erro do texto inicial.

² Filme dirigido por Steven Soderbergh, lançado em 2011.

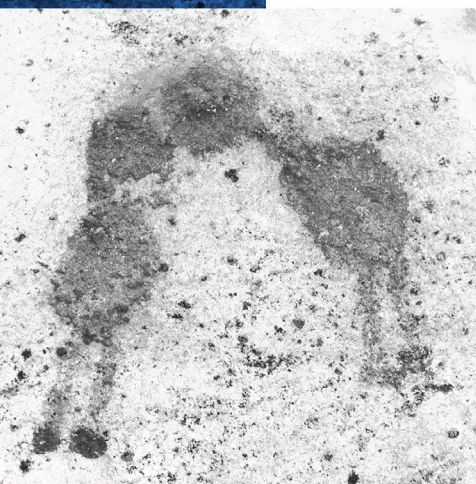
e controlados, intervenções na luta contra a pobreza global. Chamou a minha atenção justamente pela questão dos ensaios controlados, reforçando o papel da evidência científica nas políticas públicas. Faço uma tradução livre, pessoal, do que os autores economistas argumentam. Eles dizem que é possível melhorar a governança e a política sem grandes mudanças na estrutura, política e social existente. E o que impede essa mudança são basicamente três armadilhas. As ideias de Esther Duflo, vista por mim como uma grande mulher, colocam armadilhas, como o problema dos três "is": a ideologia, a ignorância e a inércia. E nós conseguimos ver exatamente isso no cotidiano dos nossos trabalhos, acredito eu. Em relação à ideologia, eu penso que imaginar a construção de melhores práticas de cuidado inovadoras e resolutivas num ambiente social complexo como o que se vive implica também em imaginar um outro cenário para as relações que se estabelecem entre o estado e a sociedade, entre o governo e seus cidadãos. Aqui sublinho a relevância de um tipo de governança pública cujo produto resulta da atuação compartilhada, coordenada, eficaz, transparente das organizações estatais, das organizações privadas (com ou sem finalidade de lucro), além do envolvimento de grupos sociais organizados e das pessoas (ESPINDOLA, 1999). Adicionar questões relativas à governança que impliquem em maior poder de representação social, mudanças estruturais na gestão das pessoas, monitoramento de prioridades, transparência, revisão de procedimentos e compromissos, atualização das relações intergovernamentais e busca de maior resolutividade são elementos que podem ajudar a repensar a questão da ideologia.

Em relação à ignorância, os autores colocam que algumas decisões ruins, embora aconteçam em ambientes de boas políticas, não se dão por qualquer grande conspiração para manter as pessoas doentes ou porque não queremos que fiquem saudáveis, mas simplesmente porque na prática as políticas não acontecem no vazio, elas não são como mágicas. Assim como quem cuida, as políticas são escritas e implementadas por homens e mulheres que, às vezes, não

têm boas intenções, mas geralmente estão dispostas a fazer o melhor que podem. A formulação de políticas é uma questão difícil, que requer um bom entendimento do problema e, apesar do conteúdo acadêmico e científico produzido, geralmente se erra na leitura do problema. E, além disso, não há teste piloto para saber o impacto das políticas antes que elas sejam realmente levadas a cabo.

No último ponto, a inércia, destaco que é possível que as pessoas que não enxergam melhorias substanciais na qualidade de vida futura optem por parar de tentar e acabam estagnadas onde estão. Há uma tendência, especificamente na questão da odontologia e da saúde bucal, a uma redução dos processos, a uma rotinização dos procedimentos. Os trabalhadores, quando desmotivados, desesperançados, alienam-se das suas responsabilidades últimas dos serviços, daquelas que ultrapassam os estreitos limites de sua obrigação técnica e formal, e deixam de exercer o comprometimento ativo com a causa da saúde e de atuar com uma visão resolutiva em relação à população que envelhece. As políticas podem ser melhoradas mesmo em ambientes institucionais áridos e melhorar as políticas pode muito bem ser o primeiro passo para melhorar os formuladores das políticas. Ambos podem ser melhorados aqui e agora, esta é a ideia que nos traz Esther Duflo. Talvez não em todos os lugares mas, passo a passo, numa evolução silenciosa. É responsabilidade de todos. Todos têm um papel a cumprir. É nosso dever coletivo.

Por fim, acredito que a gente deva adicionar mais complexidade nas políticas que cuidam. Nos dias atuais, lidar com a incerteza, ativarmos as lideranças, participação, muito trabalho em equipe, produzir organização a partir do caos, mas com flexibilidade, incluir definitivamente as ferramentas digitais e o uso dos dados a nosso favor, atualizar os padrões de comunicação com *knowledge translation* e de inovação, a ideia do estado empreendedor de outra economista, Mariana Mazzucato (MAZZUCATO, 2014), sermos muito resilientes, criativos e muito cuidadosos. E, não menos importante destacar o



papel da academia, das instituições formadoras no ensino na área da saúde, sociais e humanas, reafirmando seu compromisso e a sua responsabilidade perante as gerações atuais e as gerações futuras.

O CUIDADO DA PESSOA IDOSA, A ANCESTRALIDADE E O SUS

Renato José De Marchi

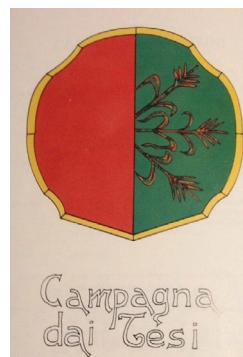
Gostaria de aproveitar essa oportunidade para realizar uma leitura histórica e crítica do cuidado no Brasil, a partir de uma mirada da ancestralidade, que é uma forma de compreender o presente a partir do passado, com o devido cuidado. Foi em uma acolhida realizada por um representante dos *First Nations*, em Vancouver, Canadá, no primeiro dia de aula de odontogeriatrics, em que esse descendente dos primeiros povos do Canadá tocou em um ponto essencial do cuidado que é o reconhecimento de que todos estamos ligados aos antepassados de todos. E, assim, viver é cuidar, pois o cuidado é a essência da nossa vida e sobrevivência. Ao preparar uma fala sobre cuidado, eu talvez devesse consultar os clássicos sobre o tema e refletir. Resolvi seguir um caminho mais arriscado: o de assumir que o cuidado é a arte de quem cuida e, portanto, tem definições múltiplas.

Vou partir dos meus bisavós para contar uma história de cuidado; quero apresentar o cuidado como resposta às vulnerabilidades, como um enfrentamento. Primeiro vamos falar um pouco sobre vulnerabilidades para tê-la delimitada; ela se divide em três níveis: vulnerabilidade social, que é o contexto em que as pessoas vivem; a vulnerabilidade programática que se relaciona com políticas e ações instituídas em uma sociedade; e a individual, que pode ser individual, não irei discutir. Quero falar no cuidado como enfrentamento a essas

vulnerabilidades, dentro dos contextos social e programático, tendo como linha condutora a ancestralidade.

Vou iniciar com um rótulo recebido por meus ancestrais paternos (Figura 1). Não se trata de um brasão, mas sim um rótulo, semelhante a uma marca que meus bisavós tinham e que os qualificava: ele quer dizer que sou descendente de trabalhadores rurais sem terra. Esse é o rótulo que a minha família tinha quando ela postulou para emigrar para outro país: mostra que tipo de trabalhadores eram.

Figura 1. Rótulo de descendente de trabalhadores rurais sem terra - “*Campagna dai tesi*”.



Eram trabalhadores rurais (trigo da imagem) e a frase “*campagna dai tesi*” significa que são aqueles que estão esperando – os sem-terra. Eles foram destituídos de terra e trabalharam durante séculos como servos de senhores de terras na Europa, tratamento sutilmente mais brando do que a escravidão. Quando conseguiram chegar ao Brasil eles tiveram que derrubar a mata, construir sua casa e tomar posse da então sonhada área de terra. E quero refletir então sobre a vulnerabilidade que eles tiveram. Eles tinham todas as vulnerabilidades de um mundo selvagem, inclusive animais selvagens que roubavam comida e representavam um risco para além da falta de água, comida e serviços de saúde, que eram oferecidos por um médico alemão, que

só falava alemão, e eles falavam italiano. E, pensando bem, foi em 1897 – nem faz tanto tempo.

Portanto, todas as vulnerabilidades que tinham, tiveram que enfrentar sem nenhuma espécie de política pública, além da eventual vacinação recebida no Rio de Janeiro, no primeiro desembarque no Brasil – se é que havia. Para não dizer que não havia nada, o governo construiu uma estrada de ferro, a qual foi inaugurada em 1909. E então os seus filhos já estavam crescendo, conhecendo os vizinhos e formando novos casais, os primeiros casais de brasileiros descendentes de imigrantes naquela região da serra gaúcha. A vulnerabilidade social já era um pouco menor, já tinham uma sociedade um pouco mais organizada, mas as ações programáticas em saúde não existiam. O hospital mais próximo era a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, a 110 quilômetros – trecho a ser percorrido a cavalo, pois o trem passava uma vez por semana. Duas gerações, a geração que chegou e a que nasceu (no Brasil) trabalharam na terra que tinham, construíram a cidade e fundaram a comunidade. E também fizeram vinho, claro, porque ninguém é de ferro.

E os meus avós passaram por grandes vulnerabilidades. Vou até fazer um desvio e adentrar rapidamente a vulnerabilidade individual: Já que estamos falando em boca e subjetividades, observe meus avós na Figura 2. Minha avó usava dentadura e meu avô não. Por que meu avô envelheceu com dentes e a minha avó envelheceu sem dentes? Porque para casar, com quinze anos, ela precisou extrair todos os dentes. Esse é um tipo de vulnerabilidade, enfrentamento e acreditem: cuidado, na concepção de cuidado da época.

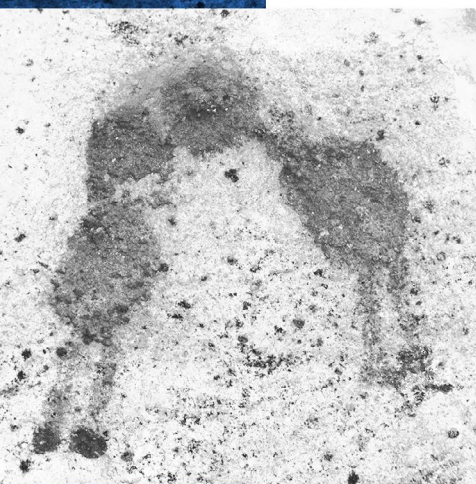


Figura 2. Casal de idosos.



Fonte: Acervo particular do autor.

Voltando à temática dos enfrentamentos sociais: eles construíram um hospital, pago pelas pessoas que moravam lá. Tenho recibos escritos à tinta e pena que contam como foi construído o hospital, quanto cada família pagou. Então eles já tinham um hospital, pelo menos para ter cuidados básicos, que seus pais tiveram em casa porque não havia nenhuma estrutura que os ajudassem. E quando os meus pais nasceram ainda não havia hospital, mas já cresceram com uma estrutura um pouco melhor (com médico que sabia falar português) e foi a comunidade que fez o papel do estado, construindo um hospital e contratando profissionais, pagando seus serviços.

Quando eu nasci, já nasci em hospital, pelas mãos de uma freira parteira que morava ao lado, na 'casa das irmãs' religiosas com ofício de enfermeiras e que proporcionavam o cuidado com forte influência da fé. Quais foram as ações governamentais até aquele momento? Falo de um tempo recente. Posso falar que é para o Brasil inteiro porque até pouco antes dos anos 1990 só tinha direito à saúde quem tinha carteira assinada. E a população rural não tem carteira assinada. Então estamos falando de algo bem sistêmico. No tópico anterior deste capítulo, a Profa. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello falou de inúmeras políticas importantes no cuidado, mas estou falando de uma

coisa bem seminal, básica, que é o direito à Saúde, o direito ao cuidado em saúde – um direito fundamental. Antes de 1990 os cuidados em saúde tinham por base “temos de pagar pela nossa saúde”.

E quando meus pais estavam na sua sexta década de vida, surgiu no Brasil uma coisa formidável, incrível, que é o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS criou a possibilidade de cada brasileiro ter acesso à saúde e ter um enfrentamento das suas vulnerabilidades com ações programáticas e políticas públicas de saúde. Foi um século de minha família no Brasil até surgir uma política nacional que trata do cuidado em saúde. Um momento de sensatez do Congresso Nacional, resultado de muita luta do povo brasileiro. E, para ressaltar entre tantas políticas, já que estamos falando de boca, em 2003 surge o Brasil Sorridente, que é a Política Nacional de Saúde Bucal.

Bem, a terceira geração (a minha geração) viu tudo isso acontecendo. A quarta geração (meus filhos) já vai crescer com o SUS, com Política nacional de Saúde Bucal, com Política Nacional do Idoso e todas as políticas anteriormente mencionadas, além de outras, que estão sendo construídas. E vocês poderiam perguntar: o que vais falar de cuidado, Renato? E aí eu devolvo a pergunta para vocês, o que é cuidado?

Porque eu poderia ficar aqui falando o que Foucault (1979), o que o Merhy (1999), o que o Campos (2007), o que a Maria Gabriela Haye Biazevic também participante deste capítulo, e tantos outros pensam que é o cuidado. Assumo aqui de forma provavelmente controversa uma postura digamos, simples. Vendo pela mirada da ancestralidade, digo que todos cuidam – todos são, também, cuidados – no sentido amplo. Os mais velhos cuidam dos bebês e das crianças, eles crescem e tornam-se os mais velhos; as famílias cuidam de seus anciãos: nós estamos cuidando o tempo todo. A vida é cuidado.

E você: de quem você cuida? Em quem você votou nas eleições? O que o seu congressista votou quando votaram a PEC 241? Seu

candidato, aquele em que você votou, qual é a plataforma dele para o Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, para o cuidado?

E aí eu acredito que o cuidado da pessoa idosa, como já vi e ouvi o Prof. Kalache (Alexandre Kalache, também participante deste capítulo) falando, inicia no nascimento; no Sistema Único de Saúde ele inicia antes do nascimento, os exames pré-natais são feitos antes do nascimento. Então o cuidado já acontece antes do nascimento e a pessoa começa a envelhecer logo que ela nasce. Então falar das pessoas idosas e dizer que vamos começar a cuidar dessas pessoas quando elas tiverem 60 anos em diante é interessante em função do recorte demográfico, epidemiológico e até didático, mas é incorreto. O cuidado com a pessoa idosa começa a todo o tempo e deve acontecer entre todas as pessoas. O gerontocídio anunciado pelo professor Kenio (Kenio Costa de Lima, também participante deste capítulo) é um resultado fatal da falta de cuidado.

O que é o cuidado para mim? Cuidado para mim é luta. No Brasil, o cuidado é luta! Nas palavras dos professores que já falaram, diversos trechos falam de luta, pela política e ações de cuidado, de luta pela efetivação de uma política que, na verdade, já existe. A fala da Profa. Ana Lúcia (Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, também participante deste capítulo) traz essa questão do abismo que existe entre a política e a sua efetivação. Já se avançou muito em termos de política, mas e a prática? Na teoria, a prática deve funcionar como a teoria. Portanto, como praticar um SUS de qualidade sem financiamento? Se todos precisam de cuidado, quem cuida do SUS?

Eu quero que minha fala seja compreensível para qualquer pessoa. A gente tem que cuidar do SUS, porque o SUS cuida das pessoas. Ah, mas existe a saúde suplementar, a saúde privada, mas gente! A gente tem um sistema universal de saúde no Brasil, isso é uma coisa formidável! A gente tem que cuidar dele, porque ele está sendo atacado desde a sua criação. As pessoas estão sendo atacadas pelo

vírus e, ao mesmo tempo, os nossos representantes estão atacando o nosso sistema de saúde. Basta pensar o que seria do Brasil sem o SUS neste momento. Todos os indicadores mostrados pelo Prof. Kenio (Kenio Costa de Lima, também participante deste capítulo), imagine esses números sem o Sistema Único de Saúde. Já pensaram?

Principalmente num país como o nosso – descobri hoje que o Brasil é o segundo país mais desigual do mundo, só perde para Botsuana. Nós só temos a possibilidade de proteger, de cuidar da nossa população com o Sistema Único de Saúde.

E por que eu trouxe ancestralidade como linha condutora para minha fala? Porque você está sobre os ombros dos seus antepassados, assim como eu. Porque antes de você nascer, antes do SUS nascer, muitas pessoas nasceram e cuidaram umas das outras e cuidaram para que você tivesse um sistema universal de saúde. Então, pensando bem, você não está só sobre os ombros dos seus antepassados, mas sobre os ombros de todos os nossos antepassados comuns, sobre todas as pessoas que cuidaram para que estivéssemos aqui refletindo sobre esse momento histórico. Políticas não vêm do nada. Nossa política de Saúde não é somente o resultado da mente brilhante de alguém ou da sensatez e benevolência da nossa classe política: é o resultado de muita força populacional e é isso que quero dizer.

Os brasileiros fazem sua parte historicamente como tentei mostrar aqui e quero pedir aos nossos representantes que encerrem de uma vez a Emenda Constitucional 95 (EC-95)³. Revogação imediata. O estrangulamento do SUS pela EC 95 é uma medida genocida, que contradiz a própria democracia. Faço um apelo pela sensatez

³ A Emenda Constitucional n.º 95, também conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, alterou a Constituição brasileira de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal. Trata-se de uma limitação ao crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, alcançando os três poderes. Durante o processo legislativo recebeu diversas denominações: PEC do Teto, PEC 241 na Câmara dos Deputados e PEC 55 no Senado Federal. Seus opositores cunharam para ela o epíteto de PEC da Morte.

de nossos representantes, pela lógica. Quero finalizar lembrando a todas e todos que o SUS é luta. Esmoreça e perca. E aí não há razão para refletir sobre o cuidado – pois o mesmo será somente para quem puder pagar – e, nesse caso, no Brasil, não merece essa alcunha.

EXPERIÊNCIAS E POESIAS

Manoel Cavalcante

Eu, que sou um vivente do SUS, trabalho em uma unidade de saúde de uma zona rural de uma cidade do interior do nordeste. Então trabalho no interior, do interior, do interior... Vivo o sistema de saúde brasileiro na sua carne, na sua pele crua. Sinto muita falta de políticas que agreguem a população idosa. Nós temos políticas que indiretamente (não vou dizer beneficiam porque é uma obrigação) chegam a atender a população idosa, como as políticas das doenças crônicas, diabetes e hipertensão. Temos alguns atendimentos de especialidades, mas no tocante à saúde bucal, nós vemos uma ausência de políticas para com a população idosa. Tenho um calendário de atendimentos e, nesse calendário, não tenho dia específico para atender a população idosa, não tenho um momento com eles, um momento coletivo, uma sala de espera, uma palestra; então se faz necessário que a gente endosse essa luta para melhorar a assistência à população idosa no sistema de saúde brasileiro. Realmente há uma lacuna muito grande, muito grande mesmo.

Há mais de 15 anos que escrevo poesia (há 13 anos lancei meu primeiro de 10 livros) e em toda minha obra poética, minha obra literária, a ancestralidade é algo muito forte na minha história, como deveria ser e é na história de todo mundo.

Para iniciar, vou trazer uma experiência que eu tive na faculdade, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em uma instituição de longa permanência chamada “O lar da vovozinha”. Foi uma experiência em que nós usamos justamente a literatura de cordel, a poesia, como instrumento de motivação para que as pessoas melhorassem na questão de saúde bucal. Às vezes a gente chegava para conversar com elas e elas eram pessoas fechadas, sofridas, com muito desgaste, dos problemas que traziam com elas e, às vezes, nem queriam conversar. Foi muito satisfatório usar a poesia popular na questão da motivação para elas. E quando você adentra a motivação, chega onde você quer, que é a educação em saúde.

Foi lá que fiz o meu trabalho de conclusão de curso; usando a ludicidade, todos os recursos metafóricos e imagéticos para seduzir de certa forma esse grupo de pessoas. Mas quando a gente adentra no conteúdo, eles já estão lá imersos, e isso é muito gratificante. Trago aqui três estrofes só para vocês terem uma ideia, falando sobre a nossa experiência no “Lar da vovozinha”:

(...) Atestamos sem engano
Que a possível dor de dente
la bem além de um sintoma
Orgânico em cada ente.
Mesmo querendo saber
Foi difícil entender,
O que cada Homem sente.

(...) A cada missão cumprida
Vimos de modo simplório
Que a profissão mecânica
E o trabalhar compulsório
Estão banidos da lista,
Pois a vida de um dentista
Rompe o ar de um consultório.

(...) O sentimento na vinda
Era entre dor e paz...
A paz por termos sentido
O valor que a vida traz
E a dor por chegar a hora
Do nosso grupo ir embora
Querendo ajudar bem mais...

Este foi só um exemplo de um pouco da experiência que tivemos neste lugar, bastante positiva para a questão do uso da poesia popular na motivação e sobretudo na educação em saúde dessa população. Alguns dos idosos presentes inclusive foram alfabetizados com a literatura de cordel, o que é uma situação comum no nordeste e em regiões de vulnerabilidade no país.

Na poesia popular temos vários poemas que falam sobre os idosos, sobre o tempo, sobre essa questão toda, então eu trouxe uma estrofe de Odilon Nunes de Sá, que diz:

“Admiro a mocidade
Não querer envelhecer.
Velho ninguém quer ficar,
Novo ninguém quer morrer,
Sem ser velho ninguém vive,
Bom é ser velho e viver”.

Outro poema que eu gosto muito é um poema de Antônio Marinho Neto, poema feito para um tio adoentado, que trago aqui para esta reflexão:

“Eu morrer?! É aí onde ela erra
Um poeta não morre, não se encerra,
Degenera este ser sempre lembrado.

Diga a ela, seu moço, que estou velho
Mais antigo que as letras do evangelho,
Mas sempre pronto para ser amado”.

Para finalizar, um poema marcante na minha carreira literária, na minha história, que já virou livro e chama-se *“A casa de minha avó”*. Este poema eu escrevi justamente quando eu morava em Natal, quando eu estudava odontologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e escrevi, sem nenhuma pretensão, unicamente porque estava com saudade da casa das minhas avós. E a poesia era a única forma em que eu podia viajar e voltar para lá. As minhas avós têm uma marca forte na minha vida, como deve ter na de todo mundo.

Nasce o dia, o sol se infesta...
Seu brilho intenso se arrola
E os pardais fazem a festa
No olho da Castanhola...
Galo canta no poleiro,
Titia varre o terreiro
Com vassoura de cipó...
Ah se eu voltasse o passado
Do terreiro penteado
Da casa de minha avó...

Na parede, em lua cheia,
Havia cacos de luz...
E ao lado da Santa Ceia,
O Coração de Jesus.
Numa moldura encardida
Minha tia falecida,
Minha velha bisavó
E um santo no calendário
Fazem na sala, o cenário

Da casa de minha avó.
Talvez eu não volte mais
Naquela casa encantada
E os meus velhos ancestrais
Virem relíquias do nada.
Com a saudade que apavora
Eu só peço ao tempo agora
Que não me arme um quixó,
Pra ter meus sonhos completos
Deixe que eu leve meus netos
À casa de minha avó...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Maria Gabriela Haye Biazevic

Em tempos de pandemia, comenta-se que a vacinação não deveria ser priorizada para os *superspreaders* (os grandes espalhadores) e sim que todos tenham acesso. Entretanto, existem aquelas pessoas que terão uma proteção maior caso a vacina de fato funcione. Para ter uma resposta a isso, essas pessoas precisam participar de alguns estudos para que os idosos participem de ensaios clínicos; e as proteções, portanto, devem ser para as pessoas mais vulnerabilizadas, tanto individual como coletivamente.

Todos devem ser vacinados, todos têm direito à saúde e à assistência, e a todas as políticas que a gente vem desenvolvendo. Estando comprovado que a vacina funciona, tendo sido testada, creio que a prioridade seria vacinar as pessoas residentes em instituições de longa permanência (de diversas faixas etárias), porque ali as pessoas estão morrendo muito mais.

Existem perdas dentárias entre idosos; devemos cuidar delas antes para não chegar a esse ponto? Se tudo o que estivesse mencionado na Política Nacional de Saúde Bucal fosse cumprido na prática, não estaríamos vivendo, em vários levantamentos epidemiológicos em saúde bucal já realizados, esses índices tão ruins de saúde bucal, de grande perda dentária na população idosa. Esse é o desafio: fazer emergir, das questões teóricas, para a prática. Em relação ao idoso, se não houver mecanismos de *advocacy*, de defesa dessa população, que é uma minoria heterogênea, se não fizermos essa defesa, ninguém fará. Não devemos pensar de uma forma competitiva e sim de uma forma colaborativa, pensando em curso de vida, que o que se planta se colhe lá na frente.

Existem diversas estratégias educativas para fazer com que o idoso seja sujeito protagonista de sua vivência prática, seja em saúde bucal ou outras. E a literatura de cordel tem sido muito efetiva nisso, assim como práticas circenses e outras.

Não conhecemos ninguém que não precise de cuidado. Ele é colaborativo, é de todos. Ele é cuidado quando se transforma em uma ação. Quem precisa mais de cuidado é quem deve ter cuidado primeiro (princípio da equidade). Todo o mundo deve cuidar de todo o mundo.

REFERÊNCIAS

BANERJEE, A. V.; DUFLO, E. *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. New York: PublicAffairs, 2012.

BARBOSA, I. R.; GALVÃO, M. H. R.; SOUZA, T. A. *et al.* Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 23, n. 1, e200171, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200171>.

BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E.; IAGHER, F.; POOTER, C. E.; CORREA, S. L.; GRASEL, C. E. Impact of oral health on quality of life among

the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res.*, v. 18, n. 1, p. 85-91, 2004. DOI: 10.1590/s1806-83242004000100016.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ESPINDOLA, R. Gobernanca democrática y salud. In: CASAS, J. A.; TORRES, C. *Gobernabilidad y Salud: políticas públicas y participación social*. Washington: OPAS, 1999.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ROBINE, J. M.; WALKER, A.; KALACHE, A. Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, v. 2013, n. 1-4, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>.

FOUCAULT, M. "Soberania e disciplina". In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University & Medicine, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 30 set. 2020.

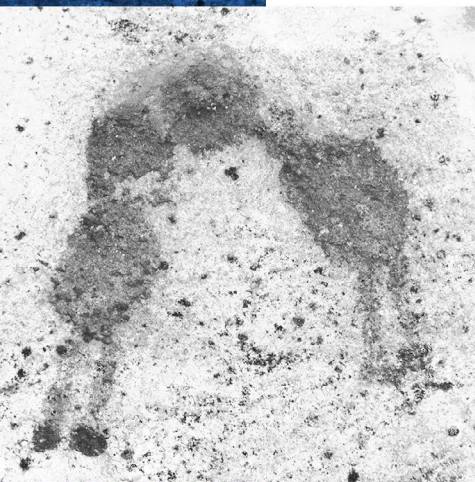
MAZZUCATO, M. *O estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público x setor privado*. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

MELLO, A. L. F.; ERDMANN, A. L. Investigating oral healthcare in the elderly using Grounded Theory. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, v. 15, n. 5, p. 922-928, 2007. DOI: 10.1590/s0104-11692007000500007.

MERHY, E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

NASCIMENTO, T. Covid-19: óbitos de idosos deixam efeitos sociais nas demais gerações. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 03 jul. 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/covid-19-obitos-de-idosos-deixam-efeitos-sociais-nas-demais-geracoes-1.2962472>. Acesso em: 04 fev. 2021.

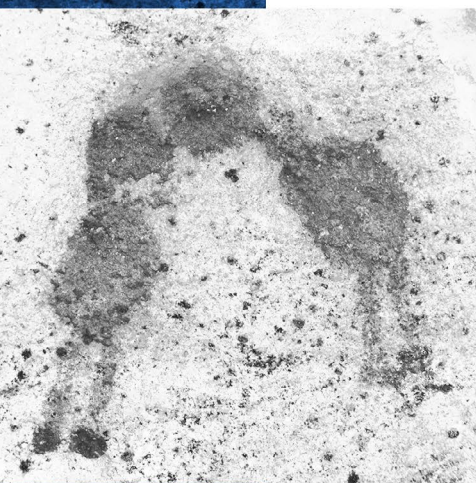
PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. Promoting Oral Health and Quality of Life of Older People - The Need for Public Health Action. *Oral Health Prev Dent.*, v. 16, n. 2, p. 113-124, 2018. DOI: 10.3290/j.ohpd.a40309.



PETERSEN, P. E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 33, n. 2, p. 81-92, 2005. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x. Disponível em: https://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a police framework*. Geneva, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Acesso em 28 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Oral Health*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1. Acesso em: 13 out. 2020.



16

Ana Lúcia Pontes
Esther Jean Langdon
João Paulo Barreto
Luíza Garnelo
Rui Arantes
Maria Augusta Bessa Rebelo

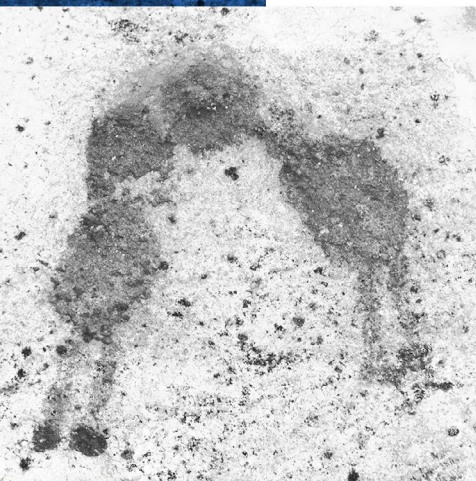
DÍALOGOS EMERGENTES SOBRE CUIDADO E POVOS INDÍGENAS

DOI: 10.31560/pimentacultural/2021.991.439-480

APRESENTAÇÃO

Maria Augusta Bessa Rebelo

O diálogo aqui apresentado ocorreu no painel da Ágora que é um espaço de debate virtual idealizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que vem desenvolvendo debates qualificados com diferentes temáticas. Esse diálogo foi uma iniciativa do Grupo Temático de Saúde Bucal Coletiva (GT-SBC), juntamente com o Grupo Temático de Saúde Indígena, o que possibilitou nos reunirmos aqui e dialogar com as Ciências Sociais e Humanas, com pessoas experientes, com diferentes saberes, com brilhantes trajetórias de compromisso com o cuidado aos povos indígenas. A odontologia é uma área com forte componente técnico, mas a área de saúde bucal coletiva tem tido um crescimento de grande relevância nos estudos com desigualdades e determinantes sociais, e aí eu me refiro também aos estudos de saúde bucal dos povos indígenas, que possuem artigos publicados, dissertações e teses. Eu gostaria de ressaltar aqui que em 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) fez uma recomendação ao Ministério da Saúde para realização do primeiro levantamento epidemiológico para avaliar as condições de saúde bucal dos povos indígenas. Então, a Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) organizou um grupo de trabalho e, desde 2017, foram realizadas oficinas que geraram um projeto denominado Inquérito Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas. A amostra prevista foi de 65 mil indígenas, representativa por Departamento de Saúde Indígena (DSEI), para que tivéssemos visibilidade das condições de saúde bucal, considerando as diferentes condições de vida, aspectos culturais e territoriais frente às diversidades existentes. O projeto foi uma construção coletiva com pesquisadores de diversas Instituições de Ensino Superior (IES) do país (UFAM, UFPA, FIOCRUZ, USP-SP, UNB, UESB). Entretanto, obteve Interrupção Administrativa do Termo de Execução Descentralizada – em abril de 2020, mas esperamos que isto seja revisto e o projeto



S U M Á R I O

retomado pois representaria um marco histórico na política nacional de saúde indígena e permitiria que fosse avaliado os quase 20 anos de implantação do subsistema.

Ana Lúcia Pontes - Gostaria de agradecer a parceria com o GT de Saúde Bucal Coletiva, que propôs esse desafio de organizarmos um debate conjunto em que a gente não se focasse no sentido *stricto sensu* da saúde bucal, que a gente discutisse cuidado. E, queríamos que fosse uma Ágora voltado para os profissionais de saúde, que provocasse os trabalhadores do serviço a refletirem sobre o que significa atuar na atenção à saúde com povos indígenas, pensando num território que tem uma multiplicidade de sistemas médicos. O desafio que temos no subsistema de saúde é como a lógica do sistema oficial, marcado pelo conhecimento médico-científico, dialoga com povos e sociedades que têm concepções e sistemas médicos próprios, ou seja, a base da organização da atenção está construída no desafio da complementaridade. A proposta deste debate foi fazer provocações desde uma perspectiva prática, mas também teórica. Enfim, então é uma satisfação enorme essa parceria, que se iniciou no inquérito de saúde bucal, mas a gente avança agora em outras pontes dentro dessa perspectiva ampliada do campo da saúde bucal nessa interface com o cuidado.

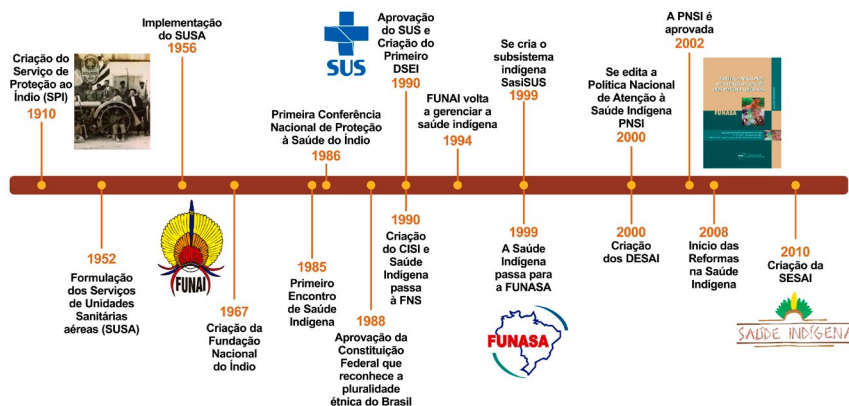
ATENÇÃO DIFERENCIADA EM SAÚDE BUCAL ENTRE POVOS INDÍGENAS

Rui Arantes

Eu vou falar sobre a atenção diferenciada na saúde bucal no contexto indígena muito baseado na minha experiência de campo, na experiência do meu trabalho com os povos indígenas, que é principalmente nas aldeias do centro-oeste, com o povo Xavante e na Terra Indígena Xingu. Vou tentar levantar algumas questões em relação aos cuidados em saúde e atenção diferenciada.

Eu vou começar mostrando essa linha do tempo que é um breve histórico da relação entre o Estado brasileiro com a saúde indígena, mas que cobre um período de 100 anos, de 1910 até 2010 (Figura 1).

Figura 1. Linha do tempo representando um breve histórico da relação entre o Estado brasileiro com a saúde indígena, em um período de 100 anos, 1910 até 2010.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Foi muito recentemente, em 2002, que o Estado brasileiro implementou políticas efetivas para atenção à saúde dos povos indígenas, com a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI). Antes disso, as ações de atenção à saúde para os povos indígenas eram pontuais, em um estilo campanhista, com baixa cobertura e que deixava boa parte da população indígena desassistida. Posteriormente, na época em que a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) era responsável pela saúde indígena, as ações de saúde eram realizadas por equipes volantes de saúde que passavam esporadicamente pelas aldeias para prestar algum serviço médico.

Na década de 1980, o movimento indígena começa a se articular e a chamar atenção para a necessidade de o Estado brasileiro prover uma assistência à saúde de forma mais efetiva. Essas demandas ganham força e se concretizam com a primeira conferência nacional de proteção à saúde indígena (1986), com o movimento da reforma sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, em 1999, criou-se um Subsistema de Saúde, dentro do SUS, específico para realizar a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, e somente em 2010 foi criada uma Secretaria, ligada ao Ministério da Saúde, responsável pela organização e pela gerência desse subsistema. Então, percebe-se que ao longo do tempo os povos indígenas tiveram que ser autossuficientes em relação aos cuidados com a saúde. Dispunham somente de seus próprios sistemas médicos, específicos de cada povo indígena, para atender às demandas do processo saúde-doença em suas comunidades.

Como marcos legais atuais temos a Lei Arouca de 1999, que instituiu o subsistema e a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, aprovada em 2002, e que traz as diretrizes de organização desse subsistema do SUS. Dentre as diretrizes apontadas pela Política Nacional de Saúde, eu gostaria de destacar duas, que tem muito a ver com o que estamos discutindo aqui hoje. Que é a preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural e a articulação com sistemas tradicionais indígenas de saúde.

A gente sabe que o Brasil é um dos países com maior diversidade sociocultural indígena do mundo, com mais de trezentos povos indígenas, cada um deles com seus próprios sistemas médicos, com seus próprios rituais de cura e itinerários terapêuticos incluindo a saúde bucal.

Por exemplo, o povo Kinsedjê nos apresenta uma forma de tratamento de pulpíte, utilizada antigamente, baseada na cauterização da polpa. Eles faziam a cauterização aquecendo uma pedrinha presa a um bastão de madeira, que era levada ao dente bem quente para cauterizar a polpa com o objetivo de interromper esse processo inflamatório.

Quando prestamos serviços de saúde em um contexto indígena, levamos os nossos conceitos da biomedicina. Entretanto, temos que ter bem clara a noção de que não estamos chegando em um campo vazio de conhecimento, que nosso conhecimento não é o único. É importante considerar que iremos interagir com os conhecimentos tradicionais do sistema médico indígena, com maneiras próprias de encarar o processo saúde-doença. Levaremos nosso conhecimento sobre cuidados em saúde que será, para os indígenas, mais um conhecimento e não o único. É muito importante, portanto, nesse processo de interação para estruturação dos cuidados em saúde, a gente abrir espaços de diálogo, estabelecer uma comunicação efetiva para entender quais são as concepções de saúde e de doença dessas comunidades, para conhecer o que eles consideram um problema de saúde e como eles enfrentam esses problemas. Quanto mais amplo forem esses espaços de comunicação, de diálogo, envolvendo desde os jovens, adultos, mulheres, até os anciões, pajés xamãs etc., mais chances temos para entender como atuar dentro das comunidades indígenas e implantar medidas de saúde, de cuidado que sejam culturalmente adequadas.

Eu vou relatar brevemente a minha experiência com os Xavantes para ilustrar o que eu falei. Eu cheguei para atuar como dentista entre os Xavantes em 1994, naquela época havia muitos anos que a aldeia não era visitada por um odontólogo, ou por um “arrancador de dentes”, como os Xavantes chamam, na própria língua, o profissional dentista. Isso já é um indicativo do tipo de cuidado que esses profissionais prestavam nas aldeias até então. Os Xavantes têm tradicionalmente uma maneira muito simples de autocuidado com a saúde bucal que é baseada em um bochecho com água, associada ao uso de um palito para retirar os detritos que ficam presos entre os dentes e uma tira de palha que eles usam para fazer a limpeza da língua. Eles também usam, para aliviar o processo inflamatório causado por um abscesso bucal, a escarificação da pele com uma haste de bambu bem afiada na região afetada pelo abscesso.

Quando eu cheguei na aldeia e começamos a conversar sobre a questão da cárie, havia uma percepção de que a cárie estava sendo um problema cada vez mais presente, cada vez mais grave na população. No primeiro levantamento de saúde bucal que eu fiz nesta comunidade, em 1997, em que comparei o índice de cárie com dados disponíveis para períodos anteriores, foi possível perceber o quanto esse problema se agravou ao longo das últimas décadas. Os primeiros dados disponíveis sobre cárie são de 1962, quando uma equipe de pesquisadores coordenada por James Neel fez um levantamento de saúde nesta mesma comunidade Xavante que incluía avaliação de saúde bucal. Nessa época, crianças, jovens e adultos tinham em média menos de um dente afetado por cárie. Em 1991, um novo levantamento foi feito por outro pesquisador no qual foi possível observar um aumento significativo do CPOD (índice de cárie que é composto pela soma de dentes (D) cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)). Para a faixa etária de 20 a 34 anos, havia em média oito dentes afetados por cárie. E, em 1997, eu confirmei essa tendência de degeneração nas arcadas dentárias da população (Tabela 1).

Tabela 1. Médias do índice CPOD resultantes de levantamentos epidemiológicos realizados entre Xavantes em diferentes ocasiões, segundo idade, sexos combinados. Aldeia Pimentel Barbosa (Etenheritipá), Mato Grosso, Brasil.

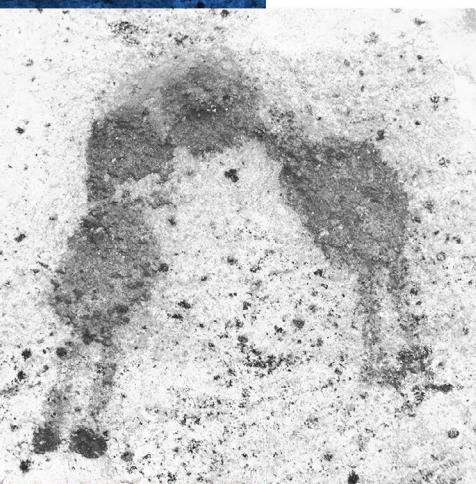
Idade (anos)	1962		1991		1997	
	n	média	N	média	n	média
06-12	14	0,2	35	0,4	60	1,1
13-19	21	0,3	25	1,2	37	4,5
20-34	17	0,7	23	8,1	46	9,7
35-44	5	2,4	10	9,1	24	14,3
45 ou +	3	3,6	18	13,8	16	17,8

Fonte: ARANTES R., SANTOS R.V, COIMBRA JR. C.E.A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2001 17: 375-384.

Então, baseado nessas informações e na percepção da própria comunidade, a gente implantou um programa de saúde bucal, viabilizado por meio de uma parceria pública-privada, para tentar reverter essa situação de degeneração da saúde bucal da população. O projeto de promoção de saúde bucal Xavante era baseado em três componentes principais. Um componente preventivo fundamentado na disponibilização de flúor. O outro componente, educacional, é muito importante, uma vez que a gente estava discutindo novas práticas de autocuidado com a saúde. E o terceiro componente era o assistencial, que constituía no atendimento clínico para prestar assistência básica em saúde bucal e um subcomponente epidemiológico para fazer o acompanhamento das condições de saúde bucal ao longo do tempo. O projeto se estendeu por um período de 10 anos. Nesse período foi produzido material didático, confeccionado pelos próprios indígenas, para discutir questões sobre práticas de autocuidado e prevenção de cárie.

Utilizamos recursos de áudio visual (vídeo) que é muito eficiente na comunicação com os indígenas porque eles têm uma tradição oral de difundir o conhecimento. Foi produzido também material educativo impresso para ser usado na escola como cartilha e jogos educativos, todos na língua Xavante com tradução para o português. Fizemos também uma capacitação de agentes indígenas de saúde para eles trabalharem no componente preventivo, estimulando as crianças no autocuidado, ensinando o uso correto da escova de dente e do creme dental que eram totalmente desconhecidos da população. Esses profissionais faziam escovação supervisionada, aplicação de flúor nas crianças e jovens e posteriormente nos adultos também.

Ao longo do tempo foram feitos levantamentos epidemiológicos regulares para avaliar o impacto dessas ações nas condições de saúde bucal da população. O acompanhamento epidemiológico permitiu identificar subgrupos mais expostos ao risco de cárie e redirecionar as ações do programa. Entre 1999 e 2004, acompanhamos um grupo de 128 pessoas, sendo 65 mulheres e 63 homens, para conhecer a



incidência de cárie na população. Observou-se que o maior incremento de cárie no período foi entre os adultos de 20 a 34 anos. Em média, eles tiveram três novos dentes afetados por cárie. Entretanto, ao desagregar os dados por sexo, notamos uma diferença muito grande no risco de cárie entre homens e mulheres. Enquanto os homens apresentaram, em média, apenas um novo dente cariado, as mulheres tiveram mais de quatro dentes afetados por cárie no período. O risco relativo para cárie entre as mulheres foi quatro vezes maior em relação aos homens. Essa informação foi muito importante para redirecionar as ações do programa que estavam muito focadas na faixa etária escolar para a faixa etária adulta e mais especificamente para as mulheres. Essa experiência mostra a importância das informações epidemiológicas na estruturação e planejamento das ações em saúde.

E para terminar, gostaria de destacar o trecho de um texto de Menéndez (2003)¹ sobre atenção diferenciada no qual ele escreve “os cuidados diferenciados não pressupõem incorporar mecanicamente as práticas tradicionais aos serviços de saúde, mas sim fortalecer as ligações entre os serviços de atenção primária e as práticas indígenas de autocuidado”.

A PERSPECTIVA DOS KUMUÃS NO CENTRO DE MEDICINA INDÍGENA DE MANAUS

João Paulo Barreto

Primeiramente gostaria de agradecer o convite para participar deste painel tão importante, sobretudo levando em conta os pesquisadores, formadores de opinião e formadores de políticas públicas. O Rui Arabtes já tocou em vários assuntos e a minha fala vai

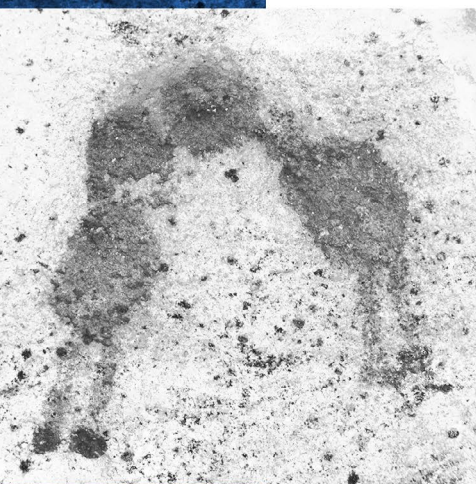
¹ Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.

nessa linha. A covid-19 nos oportuniza levantar várias questões, sejam econômicas, políticas, sociais, ambientais etc. O ponto que quero colocar aqui é exatamente os modelos de conhecimento, o modelo de conhecimento que é ocidental, biomédico, que considera o corpo biológico e nosso modelo de cuidado do corpo, que é indígena. Eu não vou poder aprofundar de forma mais detalhada, mas vou tentar expor de forma mais geral possível para começarmos a conversa, como propõe o painel, que é um diálogo.

Devo dizer que para nós, a covid-19 não é novidade. Ao longo do contato com o mundo ocidental com seu modo de pensar, de construção de sociedade e com cuidado com o corpo, nós, povos indígenas, viemos enfrentando epidemias ou pandemias desde a violência e extermínios de grupos étnicos até doenças como coqueluche, gripe, sarampo. Como não bastasse isso, nós, povos indígenas, fomos obrigados a negar o nosso sistema de conhecimento, fomos obrigados a negar nossa cultura, nossas práticas, nossa língua, nossos territórios e nosso sistema de pensamento e, sobretudo, os nossos especialistas, conhecidos como pajés, ou como costume dizer, apelidados como pajés.

Lamentavelmente, esse modelo ocidental equiparou o nosso especialista à uma figura de bruxo, na tendência de que, fazendo uma comparação imediata com o bruxo europeu, aquele que produzia, fazia bruxaria, curandeirismo ou transformava poções de água ou qualquer elemento em uma magia. Considerando os nossos especialistas nesse patamar, de bruxo, foram consideradas como figuras religiosas para falar sobre os nossos conhecimentos.

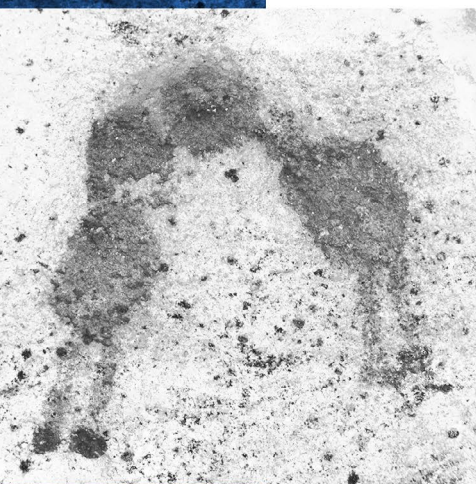
Líder religioso é um conceito ocidental que vem da lógica da religião. Ritual também vem dessa lógica de compreensão, assim como o uso de termos como sagrado, espírito, todas essas categorias que são usados para falar do nosso conhecimento e do sistema terapêutico indígena. O que quero ressaltar é que o modelo de conhecimento indígena perpassa por outras óticas.



Na apresentação anterior Rui falou de forma mais detalhada um pouco sobre isso, sobre como funciona o cuidado dos dentes do ponto de vista do conhecimento indígena. Mas, não é só isso, o cuidado com o corpo perpassa pelo ciclo da vida, ou melhor, pela transformação do corpo. Por exemplo, a mulher quando começa a menstruar não pode comer determinados alimentos, porque pode produzir doenças, entre elas, a cárie, ela só pode comer depois que fizer “Bahsese” ou “benzimento”.

Benzimento também é uma palavra que não gosto de usar, porque a palavra é de cunho religioso, cabe bem para conhecimento religioso falar disso, mas eu prefiro falar de Bahsese. O que seria Bahsese? Em poucas palavras, em primeiro lugar, são fórmulas terapêuticas e, em segundo, é a maneira de manipular metaquimicamente as substâncias curativas. Portanto, quando algum especialista toma água ou qualquer elemento e começa a versar sobre esse elemento, ele não está rezando, não está falando com espíritos e muito menos com espíritos mortos; ele está invocando substâncias curativas contidas nos vegetais, nos animais, nos minerais. Eu costumo dizer que, em vez de manipular quimicamente, ou seja, ir lá na floresta, pegar as folhas, misturar, extrair uma substância, ele vai manipular metaquimicamente essa substância, portanto ela tem um efeito e é remédio, que perpassa por essa lógica. Nesse sentido, a ciência tem grande dificuldade de compreender isso. Aliás, não admite isso, essa maneira das fórmulas terapêuticas como ela é. Nós temos sofrido muito isso.

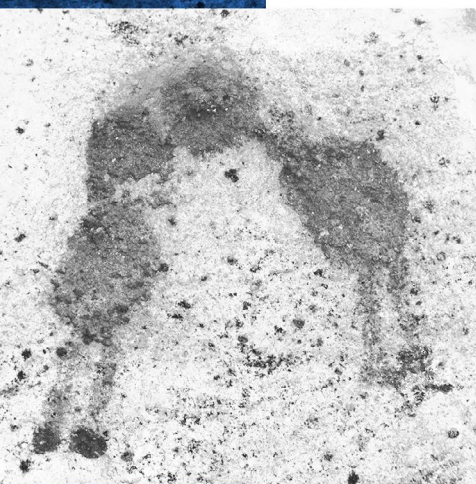
Poderia relatar vários fatos aqui de como a ciência é incapaz de compreender e de admitir outros modelos de conhecimento. Vocês devem saber sobre o caso da minha sobrinha, razão pelo qual nós criamos o Centro de Medicina Indígena que está funcionando há três anos. Nesse período, nós já atendemos em torno de 3,5 mil pessoas, com diversos problemas. Para a surpresa nossa, a maioria absoluta foi de não-indígenas. Aí tem outra questão que as pessoas



apontam: “Por que que nós, indígenas, não frequentamos lá?”. Como sabem, Manaus é uma grande aldeia; nós somos mais de 40 mil indígenas morando aqui. E cada grupo já tem o seu referencial de especialista. Por isso falamos: assim como o não-indígena deposita a sua saúde, sua vida ou qualidade de vida na mão dos médicos, nós, ao contrário, depositamos a nossa qualidade de vida na mão dos nossos especialistas. Portanto, a gente só vai ao médico se o nosso especialista não resolver, do contrário vocês fazem o mesmo, vão primeiro ao médico e quando ele não resolve, vocês vão buscar outras alternativas. Então, a gente percebe perfeitamente a nossa necessidade de promover diálogo e levar essas diferenças a sério.

Uma coisa que eu quero colocar a todos vocês é que eu já fui e participei de vários congressos e vários seminários, fóruns. Foi num fórum promovido pela Fiocruz, em Manaus, que conheci Ana Lucia Pontes, coordenadora do GT de Saúde Indígena/ Abrasco. É muito comum a gente ouvir sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), que hoje estão em moda. Durante participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde, tinha uma tenda de PICs e na entrada estava lá o mapa do Brasil com as práticas integrativas. Fiquei feliz, pois eu queria ver se os índios também estariam ali colocados, mas não, tinha reiki, tinha acupuntura, tinha isso e aquilo outro. Perguntei para a pessoa que estava me acompanhando: “E os indígenas? Cadê? Não fazem parte das práticas integrativas?”. Não sei se por maldade, ingenuidade ou outra questão a pessoa disse simplesmente: “Não, os índios não têm medicina, eles têm conhecimento tradicional, alternativo e que não está comprovado ainda pela ciência”. Eu falei “Ah é?”. O ocorrido me chamou muito a atenção, por isso esse painel é muito importante para mim; para chamar atenção para promoção de diálogo de fato, de direito.

Outra questão que eu devo completar para finalizar é que esses programas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) estão transformando as sociedades indígenas em quase “dependentes



químicos”. Nós estamos, literalmente, drogados. É muito comum a gente ver grandes administradores desses programas formarem profissionais, grupo de profissionais multidisciplinares e aí levam pedagogo, antropólogo, sociólogo, pediatra, nutricionista, dentista, médico, enfermeiro, agente de saúde, mas não levam o especialista indígena com eles. Literalmente, esses especialistas são escanteados e desprezados; estão lá esquecidos e deveriam estar cuidando do povo. Quando morre alguém começam as lamentações. Uma coisa é olhar a morte, outra coisa é olhar a morte não como um fim, mas como um processo. Assim, a minha questão é: O que nós, nova geração, estamos fazendo para que continuemos? Só vão ficar lamentando? Onde está a política pública que possa levar a sério essas diferenças? E considerar nossos especialistas de fato e de direito? Essa é minha colocação e provocação para o debate e muito obrigado.

REFLEXÕES DO CAMPO DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE PARA PENSAR OS DIÁLOGOS ENTRE SISTEMAS MÉDICOS E AUTOATENÇÃO

Esther Jean Langdon

É um enorme prazer estar nesta mesa com pessoas que conheço e respeito. Conheço o trabalho de Rui Arantes há muitos anos, através dos encontros deste GT de Saúde Indígena. João Paulo não deve lembrar, mas participei com ele no Colóquio Saberes e Ciência Plural, organizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia - (INCT) Brasil Plural, em Manaus, em 2014. João Paulo Barreto fez parte de uma mesa redonda de alunos indígenas que realizavam pós-graduação em antropologia. Nunca me esqueço de suas reflexões, como indígena e filho de kumu, sobre a sua vivência no campo de

estudos em antropologia e o contraste com os saberes indígenas². A fala foi tão marcante que ainda hoje recomendo seus comentários para meus alunos na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Seguindo essas duas apresentações, é certo que vou repetir algumas ideias que foram colocadas, mas em uma ótica um pouco diferente. Especificamente, espero problematizar a noção de atenção diferenciada e de como esta opera na política de saúde indígena.

O trabalho apresentado por Rui Arantes demonstra um grande esforço de um profissional de saúde em oferecer serviços que visam satisfazer os princípios da política de “atenção diferenciada”. Desde que cheguei no Brasil, 37 anos atrás, venho realizando junto com meus alunos pesquisas em saúde indígena. Além de examinar as práticas e saberes desses povos para resolver suas aflições, temos investigado a maneira que os serviços satisfazem, ou não, os princípios de atenção diferenciada, como definido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002. Utilizando o método etnográfico, temos acompanhado o cotidiano dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e as interações entre as Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena (EMSI) e as suas comunidades. A PNASPI é muito clara em várias de suas diretrizes sobre a importância das práticas indígenas e da articulação destas práticas por parte das equipes de saúde. Porém, na prática cotidiana dos EMSI, há em geral pouca evidência de que este conceito se tornou uma realidade. Por isso, resultam os vários problemas que foram apresentados por João Paulo Barreto.

A meu ver, as implicações do conceito de atenção diferenciada como práxis não estão desenvolvidas ou claras para a maior parte dos profissionais que estão alocados nas equipes de saúde trabalhando nas terras indígenas. O problema central não está nas diretrizes da PNASPI,

² BARRETO, J.PL. 2017. *Papera kumu: caminho de formação de xamã de leituras*. In *Saberes e Ciência Plural: Diálogos e Interculturalidade em Antropologia*. D. L.O. Montardo, M.R.C.F. Rufino, org. Florianópolis, Editora da UFSC. pp. 151-160. <https://brasilplural.paginas.ufsc.br/colecao-brasil-plural/>

mas na falta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) em estimular uma reflexão profunda nos profissionais sobre como é praticada a atenção diferenciada nas relações cotidianas dos serviços de saúde. Entre as diretrizes do documento da PNASPI, publicado em 2002, encontramos afirmações importantes sobre este conceito: que os sistemas tradicionais são holísticos; que os saberes devem ser respeitados; que deve haver articulação entre as práticas; e que os serviços não devem substituir os saberes e as práticas tradicionais. Porém, a necessidade de relações horizontais não é explorada na PNASPI, nem tampouco na formação dos profissionais de saúde que trabalham entre os povos indígenas.

Em 2004, a Portaria 70/GM de 20/01³ que trata das diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena reafirma que: “A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e os valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas” (Artigo 1, IX). A mesma portaria delega aos DSEI a responsabilidade de “Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas” (Artigo 6, VIII). Integrar e articular referem-se às estratégias com implicações culturais e políticas diferentes, dado o fato de que não há equivalência entre a saúde no enquadre da biomedicina e o campo dos cuidados de saúde como se constitui em culturas indígenas. O primeiro termo, integrar, traz vários problemas oriundos da hegemonia do saber biomédico. Além de hierarquizar os saberes, a ciência médica se vê responsável pela validação das práticas indígenas, escolhendo o que é adequado para ser integrado à assistência terapêutica. O segundo, articular, abre mais possibilidade de autonomia para os indígenas, porém precisa de uma metodologia adequada para que os diferentes discursos e práticas em saúde possam entrar em diálogo de maneira horizontal.

³ Diário Oficial da União. de 22/01/2004-01-23. Seção 1. p.54-55.

João Paulo Barreto apontou para algumas dessas questões. Integração implica instrumentalização de técnicas e ignora o contexto e a existência de outros saberes. Rui Arantes explicou muito bem que os serviços de saúde não entram num vácuo, que os profissionais não chegam a um grupo de pessoas que não entendem nada de saúde. Eles chegam em um contexto de pluralismo médico, um contexto em que há vários conhecimentos de saúde circulando e várias práticas circulando também. O objetivo de integrar trata da identificação, como apontou João Paulo Barreto, do que nossa ciência reconhece como eficaz, sem reconhecer a existência de outros saberes atrás dessas práticas. Tradicionalmente, nosso raciocínio e método “científico” ignoram o fundo experiencial de outros conhecimentos ou o rotulam como superstição, magia ou bruxaria. No sentido de que essas questões não são relevantes, estamos preocupados com técnicas e a eficácia científica dessas técnicas.

Um outro problema na desigualdade entre os sistemas de saberes se encontra na homogeneização das diversidades em saúdes indígenas para uma definição única de o que é “medicina indígena”. João Paulo Barreto demonstrou isto de forma clara. Frente à multiplicidade de medicinas indígenas e aos preconceitos sobre a saúde indígena como sistema de conhecimento, raramente os profissionais de saúde conseguem perceber a diversidade e especificidade do povo com quem estão trabalhando.

Esta visão estereotipada de saúde indígena é também reducionista, um ponto que quero explorar um pouco mais. Caracterizo como reducionista porque a tendência, quando procuram incorporar a “medicina indígena”, é de buscar especialistas ou práticas que reconhecemos como equivalentes às nossas, tais como a parteira ou o pajé ou plantas que têm substâncias terapêuticas comprovadas. Tal procura ignora não somente toda a complexidade e circulação de conhecimentos entre os especialistas, mas ignora também a legitimidade das estratégias, saberes e técnicas da população em geral.

O campo de saúde para os povos indígenas não corresponde ao campo de saúde como concebido pela ciência biomédica científica, nem pelas políticas públicas em saúde, que enfocam o corpo individual biológico. A noção de bem viver e as estratégias de reprodução biosocial remetem a um campo de saúde muito maior, construído através de saberes e interações com o ambiente, com os contextos históricos e com os coletivos. Concordando com Rui Arantes, na sua referência a Menéndez (2003), a biomedicina conceitua a doença como um processo biológico, a-histórico e universal, desenvolvido igualmente em qualquer indivíduo e em qualquer população - independente do contexto.

Assim, a diretriz de integrar a saúde indígena é contrária aos princípios de diálogo, modo comunicacional que é necessário para a realização de atenção diferenciada. É contrária ainda ao reconhecimento da diversidade de saberes e autonomia, enquanto a noção de articulação conota o reconhecimento e o diálogo com as práticas de autoatenção. Rui Arantes já mencionou este conceito de Menéndez (2003), um conceito que se distingue da noção de “autocuidado”. Autocuidado trata do julgamento do profissional de saúde sobre o comportamento e o cumprimento do paciente das indicações médicas. As práticas de autoatenção tratam das estratégias relativamente autônomas que os grupos domésticos usam para prevenir e resolver suas aflições. São principalmente as famílias do doente que articulam, escolhem e avaliam as possibilidades de tratamentos terapêuticos. Buscam, entre todas as possibilidades, o que eles percebem como adequado para resolver o mal-estar. Neste sentido, as práticas de autoatenção não tratam dos especialistas como os atores principais, mas dos grupos familiares que estão em constante articulação não só com a biomedicina, nem tão somente com as práticas do grupo, mas também com outros modelos de atenção presentes nos seus circuitos terapêuticos.

Dentro deste contexto de pluralismo médico, as relações entre a equipe médica e os usuários indígenas são verticais ou unidirecionais.

Como João Paulo Barreto enfatizou, não há diálogo entre as equipes que trabalham com populações indígenas.

Resumindo, o obstáculo para a realização plena da atenção diferenciada, segundo os princípios da PNASPI, trata dos problemas relacionais e de comunicação entre os profissionais de saúde e os povos atendidos. O objetivo não deve ser treinar os profissionais em medicina indígena para incorporarem práticas ou aprenderem outra ciência, mas sim de preparar os profissionais no sentido de desenvolver estratégias para construir um diálogo no sentido pleno da palavra, reconhecendo a diversidade de saberes e a autonomia dos povos indígenas em articular entre os diferentes modelos de atenção. Diálogo exige escuta e horizontalidade, não exige concordância. Atenção diferenciada precisa ser concebida como uma práxis relacional que estimula e valoriza o diálogo e a articulação entre práticas e saberes.

A horizontalidade necessária para atenção diferenciada não faz parte da burocracia e organização das instituições médicas. As relações entre as equipes médicas são hierárquicas e a relação profissional-paciente também é hierárquica. Atenção diferenciada, como relações horizontais, implica também que os serviços médicos devem ceder espaço no controle de saúde, abrindo-se para a participação das comunidades indígenas, observando suas demandas e seus saberes. Os profissionais de saúde devem reconhecer suas limitações, tanto em saber quanto em controle sobre as vidas dos indígenas. Os indígenas vêm afirmando a demanda para os serviços da biomedicina desde a primeira conferência. Esta demanda vem junto à demanda de participação e de articulação de saberes. Programas nacionais de saúde gerenciados em Brasília representam, em certo sentido, a extensão de tutela, enquanto as comunidades indígenas estão pedindo espaços para participarem, avaliarem e dialogarem. Concluindo, a questão de atenção diferenciada ainda não está resolvida para mim. João Paulo deixou isto muito claro. A resolução não está dentro da competência

ou formação da ciência médica. A questão central é de como formar profissionais de saúde que praticam estratégias que promovam o diálogo com os membros das comunidades e seus saberes e não só que mandem os pacientes indígenas tomarem seus remédios.

DEBATE

Luiza Garnelo – Estou aqui me deliciando com essa *Ágora*, que é um verdadeiro exercício de antropologia cruzada, em que a gente tem diversos pontos de vista que se entrecruzam e se complementam, produzindo uma ampla diversidade de aspectos relevantes para o debate sobre a saúde indígena. Vou falar sobre alguns pontos das falas e em respeito aos apresentadores, na sequência mesmo das apresentações.

Rui Arantes nos traz uma experiência, que é rara na verdade, em que se tem uma pessoa que há muitos anos acompanha, presta cuidados, reflete sobre o trabalho feito e gera produtivas análises sobre as condições de saúde bucal de certos grupos indígenas no centro do Brasil. Então, é de fato uma característica difícil de encontrar: termos um acompanhamento longitudinal bastante duradouro feito por um profissional muito qualificado e com grande experiência no campo da saúde indígena.

Rui Arantes explora uma ideia chave que é atenção diferenciada na ótica de uma interface entre a atenção primária à saúde e os cuidados tradicionais indígenas para com a saúde bucal. Nesse compasso ele traz uma reflexão sobre a saúde indígena enquanto campo político, mostrando quão antiga é essa interação entre as populações indígenas e o Estado brasileiro com respeito à saúde. É antiga, mas com altos e baixos, na verdade mais baixos do que altos. Essa relação de contato, violenta e assimétrica, molda, portanto, a política atual que temos na saúde indígena.

Também é interessante – ainda que triste – a expressão contida no estudo de caso apresentado por Rui Arantes, daquilo que chamamos de determinantes sociais em saúde. Ou seja, à medida em que a relação de contato avança mudando as condições de vida e de alimentação dos Xavantes, a saúde bucal piora sensivelmente no grupo. O palestrante traz um esforço consistente de apreender a dimensão longitudinal da saúde bucal Xavante, algo que difere um tanto do pensamento epidemiológico e biomédico em particular, muito marcado pelo transversal, ou seja, pelas situações que ocorrem em momento específico em que você vai lá e faz a sua pesquisa. Reitero que se trata de uma situação privilegiada e singular, porque o longo acompanhamento que faz do povo Xavante tem permitido que Rui Arantes consiga demonstrar a piora das condições de saúde bucal deste povo, à medida que o contato interétnico se aprofunda. O que gostaríamos é que no futuro Rui Arante pudesse nos trazer dados que demonstrem melhora da saúde bucal em função dos cuidados que estão sendo adotados nos grupos que ele acompanha. Mas infelizmente, ainda não temos esse panorama nesse momento. Não se trata de uma crítica à fala do Rui Arante e nem de sua trajetória exemplar. Trata-se de reconhecer as características da ciência biomédica e sua incapacidade de lidar com o outro de modo a superar as limitações da técnica e da política de saúde atualmente vigentes.

A fala de João Paulo Barreto é marcada pela inteireza, típica do pensamento indígena. Este palestrante nos traz alguns pontos muito importantes, mas para explorá-los preciso retomar a fala de Esther Jean Langdon, que explorou bastante essa questão.

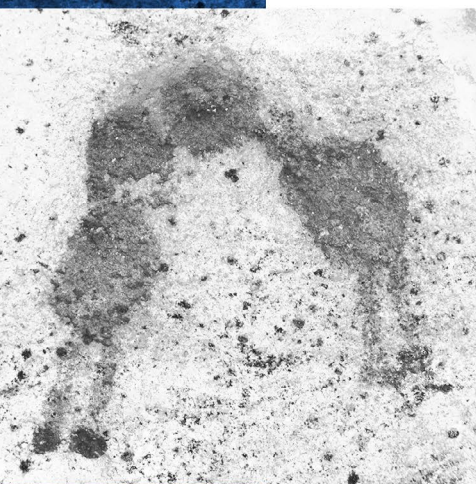
Dentre os aspectos que destaco na fala de João Paulo Barreto é o entendimento do que o grupo Tukano – lugar de fala deste palestrante – bem como outros grupos de tradição rionegrina, tem sobre a saúde e a doença. João Paulo Barreto nos mostra com clareza que a doença é um evento que só pode ser entendido como processo longitudinal, ou

seja: o que se manifesta como patologia hoje só pode ser entendido na reconstrução da história da vida social e biológica da pessoa.

Nós, que praticamos a ciência biomédica, que estudamos a semiologia e aprendemos a fazer a anamnese dos doentes que atendemos, temos um ponto de partida crucial que aprendido no ensino médico e que molda nosso raciocínio clínico: é a história da doença atual expressa nas perguntas: “Como você está se sentindo agora, neste momento?”, “Quais são as queixas que lhe trouxeram ao médico?”. Ou seja, no recorte que a biomedicina faz, enquanto técnica vinculada a um campo de conhecimento específico, somos treinados para ignorar tanto as doenças pregressas quanto outros elementos da história de vida, da história de saúde dessa pessoa. Esse é o trajeto que percorremos para construir a história da doença dela, algo que no jargão médico é chamado de HDA (história da doença atual).

Esse modelo era relativamente eficiente e até interessante quando se lidava essencialmente com as doenças infecciosas. Não vou dizer que era perfeito porque no uso desse modelo da HDA ignora-se a desigualdade social, ignora-se as condições de vida subjacentes ao quadro dos atuais sintomas. Entretanto, é um modelo explicativo de doença que gera ferramentas de intervenção bastante eficientes, inclusive porque os processos infecciosos são autolimitados e auto resolutivos. A pessoa cura ou morre, não tem muito um meio termo no desfecho da doença infecciosa, em que pese algumas exceções em que o quadro cronifica.

Esse modelo explicativo de doença antecede historicamente as práticas médicas que contemporaneamente moldam o desenvolvimento da biomedicina, inclusive no campo da saúde indígena. O modelo calcado nas doenças infecciosas também acabou sendo transplantado para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, cuja gênese e forma de adoecimento são muito mais afetadas à noção que João Paulo Barreto nos traz, do que o caminho da HDA.



A fala de João Paulo Barreto nos dá conta de que quando falamos dos eventos patológicos só é possível explicá-los e entendê-los mediante a compreensão dos acontecimentos de vida das pessoas, ou seja, as transformações ocorridas ao longo de sua existência e suas repercussões na corporalidade delas. Ou seja, é importante investigar o que a pessoa doente fez ou deixou de fazer no cotidiano para preservar ou ameaçar a saúde; os cuidados que recebeu quando era bebê; se o pai e a mãe dessa pessoa cumpriram os rituais de nascimento, em particular as dietas pós-natais. Também é relevante escrutinar ocorrências ligadas à feminilidade como a menstruação, a gestação, aleitamento etc. Ou seja, do ponto de vista indígena, a história da doença atual é absolutamente insuficiente para entender os eventos patológicos, porque estes são concebidos como processos longitudinais cuja gênese remete à própria vida adoecida.

Tal modelo explicativo de doença demonstra o quão surdos se mostram os agentes de medicina oficial com os modelos indígenas de cura e suas demandas por cuidados de saúde. O modelo biomédico é moldado pela preocupação com o transversal, com o aqui e o agora dos sintomas e sua imediata supressão. Já no ponto de vista indígena, exemplificado pelas ideias apresentadas por João Paulo, não existe doença atual. O que existe é a doença produzida ao longo da vida e é nesta dimensão que se deve estabelecer o processo de cura.

Entretanto, há pontos de interface que podem não ser imediatamente perceptíveis, mas estão lá.

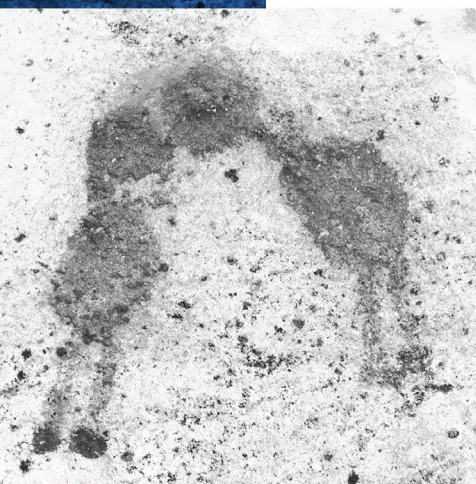
Se examinarmos a concepção biomédica atual relativa às doenças ou condições crônicas não transmissíveis pode-se verificar dimensões de interseção com a interpretação indígena do processo saúde-doença. Quer dizer, se uma pessoa hoje tem hipertensão ou diabetes a origem desses eventos tem que ser buscada na história de vida, do sedentarismo, do fumo, do perfil do consumo alimentar e – sobretudo – nas relações sociais e econômicas, representadas aqui pela indústria alimentícia, pelos níveis de estresse, do perfil laborativo,

etc. A mudança do perfil epidemiológico no mundo não indígena reposicionou os modelos interpretativos de doença evidenciando-se que a busca dos índios de buscar explicações para tais eventos na dimensão relacional da vida é, afinal, mais adequada em comparação às estratégias priorização da queixa atual.

Entretanto, no dia a dia as práticas dos profissionais de saúde na rede assistencial – moldadas pelo modelo transversal da HDA – nos dão uma ideia muito disjuntiva entre as interpretações indígenas e biomédicas, o que certamente dificulta a efetivação da atenção diferenciada.

Quero ressaltar que os argumentos que esgrimo até aqui se referem apenas às dimensões materiais e sociais do processo saúde-doença. Entretanto, a fala de João Paulo Barreto apresenta outra dimensão relevante para a saúde das pessoas. Fiel ao modo indígena de interpretar o mundo, João Paulo Barreto enfatiza também a importância dos aspectos espirituais, dos sentimentos e dos valores partilhados e que dão liga à vida social.

Chamo atenção para estes aspectos da fala de nosso palestrante para interligar tais ditos com uma das importantes manifestações feitas por Esther Jean Langdon em sua palestra, que é a menção às diversidades. A fala de Esther Jean Langdon nos conduz ao questionamento da ideia biomédica de que a doença seja uma manifestação universal que se repete em tempos e lugares diversos, mas guarda as mesmas características o que lhe confere um caráter universal. Tal ideia está em contradição direta com a ideia vigente no pensamento indígena de que o adoecimento seja sempre um evento singular subjetivamente vivenciado, ou seja, nos termos de João Paulo Barreto, algo construído e explicado apenas para e em trajetórias singulares de vida. Assim, o ponto de vista indígena efetua um desmonte do que o saber médico caracteriza como “caso clínico”, isto é, um conjunto relativamente invariável de sinais e sintomas, utilizados corriqueiramente na formação médica, que sustenta a pretensão uni-

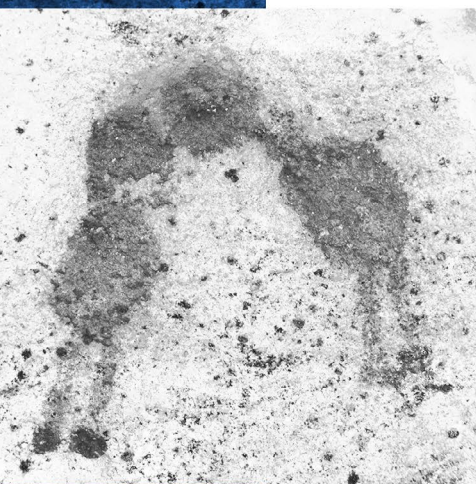


versalista da abordagem médica, na sua ambição de transcender o singular e alcançar o universal.

Nesse sentido, a palestrante Esther Jean Langdon reitera a necessidade de que o subsistema de saúde indígena aceite a premissa de que no mundo indígena não há uma ideia universal de doença. O que se tem é uma diversidade de modelos explicativos de doença – e das práticas de cura a eles associadas – que varia para cada etnia atendida pelo Subsistema de Saúde Indígena (SASI). Esther Jean Langdon, aponta que isso ocorre porque a concepção de doença não se separa da concepção de mundo e da cosmologia produzida por cada grupo. É uma singularidade do pensamento ocidental o afunilamento que fizemos em torno da explicação biológica, tomando esse atalho para podermos abstrair os contextos singulares e ambicionar a validade universal dos modelos explicativos médicos.

Embora todos os dias a realidade nos aponte as limitações de nossas pretensões universalistas – vide o avanço dos modelos explicativos das condições e doenças crônicas e não transmissíveis, fortemente ligadas às variáveis contextuais e socioambientais – prosseguimos na pretensão de tratar a doença como evento auto evidente como generalizável.

Não se nega aqui que a dimensão biológica da doença sustenta a pretensão universalista do modelo biomédico, uma vez que partilhemos os mesmos atributos corporais dados por nossa humanidade comum. Porém, ainda que os saberes médicos tenham experimentado um vertiginoso avanço nos modelos explicativos e nos recursos terapêuticos daí decorrentes, persiste o fracasso histórico em erradicar as doenças mediante procedimentos incisivos como as vacinas ou medicamentos. À medida em que o conhecimento científico avança, progressivamente se constata a importância de avaliar as condições singulares que modulam a expressão de doença. Apesar



disso, persiste a hegemonia do modelo biológico, mais por questões de mercado do que por questões de saúde.

Nesse ponto, Esther Jean Langdon traz um discurso fundado na teoria antropológica, que expressa um lugar de fala acadêmico, campo em que ela tem esse domínio perfeito. Seu alerta se apoia num questionamento de base antropológica, mas com profundas implicações na ação concreta dos profissionais de saúde do SASI: a implementação da atenção diferenciada precisa ser crítica em relação ao modelo biomédico; precisa ter abertura para o outro, para a pluralidade e a diferença. Precisa ter clareza sobre os limites do modelo biológico de interpretação e de intervenção sobre o evento patológico, sob pena de não ultrapassar a condição de retórica vazia.

Esther Jean Langdon, aponta não apenas sobre a necessidade que se trave diálogo real entre sistemas médicos, buscando o reconhecimento respeitoso parte a parte, mas também aponta com justeza que a diferenciação da atenção só se efetivará como práxis mediante o reconhecimento das diferenças e o escrutínio das oposições, buscando estratégias de superação delas mediante a produção de estratégias criativas que concretizem o ideário contido na Política Nacional de Saúde Indígena.

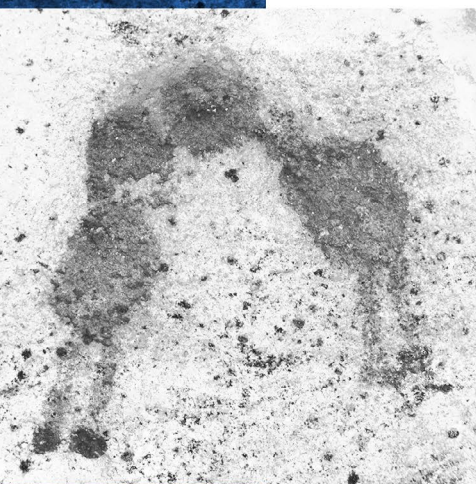
Na ausência desse diálogo corre-se o risco de persistir a visão vaga do que é, ou deveria ser, a atenção diferenciada ou, pior ainda, corre-se o risco de que a atenção à saúde indígena acelere o movimento rumo a uma relação subalternizante, cuja presença se infiltra nos documentos oficiais sob o rótulo de “integração”, circunstância bem apontada por Langdon como uma relação subalternizante, uma vez que o outro é sempre chamado a se integrar aos valores e práticas dominantes, não havendo caminho contrário possível, conforme sobejamente demonstrado na história da política indigenista brasileira.

Na confluência das falas de Esther Jean Langdon e João Paulo Barreto cabe ainda ressaltar um último ponto, não menos importante. Ambos apontam em seus próprios termos que o subsistema de saúde indígena deve atentar para o fato de que *não há uma medicina indígena*; pelo contrário, há tantas medicinas indígenas quantos forem os povos atendidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. É importante que os profissionais do SASI se disciplinem para aceitar e levar em conta que cada grupo étnico tem suas cosmologias próprias e, em consequência, modos específicos de interpretar a ocorrência de doença e de agir sobre ela.

Além disso, uma das características dos sistemas indígenas de cuidados é que – ao contrário da medicina oficial – suas práticas não são monopolizadas por especialistas. Esther Jean Langdon, tem reiteradamente apontado em seus textos e pronunciamentos a necessidade de abolir essa ideia reducionista dos profissionais de saúde que, ao adentrarem nas aldeias tendem a procurar o especialista, o *expert*. Esther Jean Langdon relembra que as práticas indígenas de cuidados são cotidianas, transversalizam e permeiam diversos aspectos da vida social, não se limitando aos xamãs, aos herbalistas e outros personagens proeminentes no imaginário ocidental. Daí a necessidade premente de compreender e atentar para os modos de organização de cada uma das sociedades indígenas atendidas pelo subsistema de saúde indígena possibilitando apreender as múltiplas estratégias de cuidados ali vigentes.

Então são esses os pontos que eu queria problematizar aqui, na busca de cumprir o papel que me compete, comentando e desenvolvendo elementos que percebi como mais relevantes nas falas de nossos queridos apresentadores.

Rui Arantes – Gostaria de fazer um comentário a respeito do que a Luiza Garnelo falou sobre as informações e repercussões desses projetos e quais seriam os resultados dessas ações. A gente



tem alguns casos exitosos no Brasil. O próprio programa de saúde bucal que desenvolvemos com os Xavantes, teve um impacto positivo principalmente na faixa etária mais jovem. Observamos um aumento da porcentagem de crianças e jovens livres de cárie ao longo do período do projeto (de 20% para 47%) e uma redução do índice de cárie (CPOD) de 4,9, em 2004, para 2,4 em 2007. Existem alguns outros (poucos) casos no Brasil, eu poderia citar o projeto Xingu que também implantou ações que ajudei a estruturar de promoção e prevenção em saúde bucal no início dos anos 2000 e que também, por um período, foi possível observar um impacto positivo na redução de cárie na população. Mas, esse tipo de trabalho tem sido pontual sem continuidade, nem sustentabilidade. As iniciativas que tiveram algum êxito são geralmente projetos que tem a parceria público-privado. Não consegui identificar ainda programas governamentais que tenham sustentabilidade ou que se estruturam de uma forma adequada para causar algum impacto na saúde bucal da população indígena brasileira. Em geral, a atenção à saúde bucal dos povos indígenas é baseada em ações curativas, com baixa cobertura e resolutividade, sem estruturação de medidas preventivas consistentes e regulares. Em relação à cárie, é relativamente simples conseguir um impacto positivo sobre a prevalência da doença. É preciso garantir acesso regular ao flúor. Implementar medidas de prevenção que são universalmente conhecidas há muito tempo e muito simples de serem estruturadas, com muito baixo custo, que não requer tecnologia e podem ser implementadas em qualquer população, em qualquer contexto. Basta haver interesse político e um reconhecimento, por parte dos gestores, da importância e do impacto das ações preventivas na saúde pública.

Esther Jean Langdon – Um tema que sempre tem me incomodado desde que cheguei ao Brasil e comecei a acompanhar a saúde indígena é a questão da intersetorialidade. Quando examinamos os dados epidemiológicos dos povos indígenas, e a covid-19 é um excelente exemplo, é preciso entender que não é unicamente as

causas biológicas que são responsáveis pela situação de saúde entre os povos indígenas. São vários fatores que contribuem para as taxas de morbidade e mortalidade: a nutrição e as práticas alimentares; o território e os modos de subsistência; a discriminação e a violência; entre muitos outros. Nesse sentido, pergunto para Rui Arantes: somente introduzindo estratégias de prevenção resolveria o problema?, Por que há esta mudança de um aumento e prevalência de cáries?, Não é porque as pessoas escovavam os dentes antes e agora não o fazem mais. É porque a dieta mudou e os recursos alimentares também mudaram. Então, não sei, essa é uma questão. É complicado pensar em uma melhora nas estatísticas de saúde sem pensar nos fatores mais amplos que impactam a saúde de um grupo. Não estou falando necessariamente sobre a questão das cáries, mas de muitos outros problemas de saúde como o aumento da diabetes, a hipertensão, a obesidade e as doenças carenciais em geral. A covid-19 é um excelente exemplo. As doenças não impactam de modo igual todas as populações. Entre os povos indígenas, as taxas de mortalidade para covid-19 estão duas vezes mais altas que para a população geral brasileira. E por quê? Estamos falando de condições de vida, condições sanitárias, de pobreza, de falta de serviços médicos, etc. Bom, só para dizer que não sei se a prevenção é tão fácil assim.

Rui Arantes – Concordo plenamente com a Jean. A cárie é uma doença multifatorial. Ela depende não só da alimentação, ela depende das condições de vida, das condições socioeconômicas, do nível educacional que vão determinar o maior ou menor acesso aos serviços de saúde e aos diferentes níveis de autocuidado com a saúde. No contexto indígena, a cárie também está muito associada à história de contato de cada povo indígena com a sociedade envolvente. A cárie tem uma determinação social muito forte. A gente observa, ao longo da história da humanidade, a associação da cárie com o desenvolvimento da agricultura, com o aumento de consumo de carboidratos, com o processo de industrialização, com as iniquidades sociais. É uma doença

multifatorial realmente. Entretanto, o flúor tem uma ação muito eficaz na prevenção. Mesmo que você não mude o padrão da alimentação é possível reduzir o impacto dessa alimentação cariogênica se tiver acesso ao flúor. Mas, concordo plenamente com o que a Jean falou.

Pergunta do Chat – E a influência das ideologias neopentecostais nas práticas tradicionais de saúde indígena?

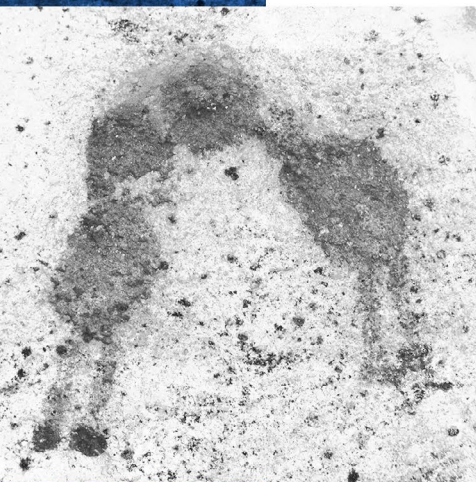
João Paulo Barreto – A política de evangelização desde o primeiro contato é a mesma política que está sendo implantada ou levada às comunidades ou aldeias indígenas, ou seja, os povos indígenas que não têm Deus, que não tem alma, que não tem conhecimento, que não tem escrita, que estão na mata, que não civilizados. Existe todo esse conjunto de ideias que vigora na cabeça de evangélicos ou de religiosos que não conseguem ver outros modelos de sociedade, de conhecimento, outros modelos de cuidado do corpo, aliás, outras cosmologias como foi colocado pela Prof^a Luiza Garnelo. Cosmologia é o nosso sistema próprio de conhecimento, que equivale ao conhecimento ocidental, de ciência, é a nossa ciência, é o modelo como nós explicamos as coisas, é o modelo como nós organizamos as coisas, é o modelo como nós lançamos mão sobre a noção de vida, de pessoa, de morte, saúde. Do ponto de vista dessas pessoas, que pregam o paraíso, esse modelo não existe, é um modelo arcaico. Ou seja, essas religiões são pautadas ainda nessa perspectiva de imaginar que os povos indígenas não têm conhecimento. Que bom que eu posso manifestar isso com os expositores e que estamos dialogando. Vejo que hoje é o começo do diálogo entre ciências. O esforço desses cientistas de compreender que o conhecimento indígena ou cosmologia indígena perpassa por outras lógicas é muito importante e, até então, não tem acontecido. O fato que trago aqui é isso, no caso da minha sobrinha, quando eu dizia para o médico do Hospital João Lúcio “não é que a gente é contra a amputação, mas que a amputação seja o último

recurso. Antes vamos tentar fazer o tratamento da nossa medicina ou do nosso conhecimento, vamos lançar mão do nosso sistema terapêutico”. Na cabeça do médico, não existe medicina indígena. Então aí a gente percebeu que realmente existe um imaginário da sociedade quando se fala dos conhecimentos indígenas. Qualquer religião está nessa lógica, no imaginário; está ali, proibindo a prática da nossa língua, da nossa cultura, nosso cuidado com o corpo, produção do corpo, nossa dieta, nossas danças. Infelizmente ainda continua essa percepção, enquanto que a ciência está avançando.

Pergunta do Chat – Importantes questionamentos João Paulo Barreto! Tenho me perguntado como podemos falar de “civilização” quando não se consegue reconhecer a diversidade e multiculturalidade e o direito de ser e de fazer.

João Paulo Barreto – Exatamente. Essa covid-19 como eu disse nos colocou nesse mesmo nível e a própria medicina científica hoje, por exemplo, está correndo da sala para a cozinha e fica em um beco sem saída. Por isso, quero trazer outra reflexão e dizer que esse é o momento dos povos indígenas de lançar mão dos nossos conhecimentos. Como disse no início, a covid-19 para nós não é novidade. Minha família inteira pegou covid-19, mas lançamos mão do Bahse, dos índios benzimentos, chás, plantas medicinais e também lançamos mão da biomedicina, tomar remédio, mas não fomos ao hospital, porque para nós se entubou, é morte. A gente sabia, mas me tratei disso. E lá na minha região foi forte. Em uma população de 8 mil pessoas, estou falando da minha região, com óbitos de três pessoas e não foram os velhos que morreram, os jovens que morreram, aí tem outra lógica de entender, ou seja, o coronavírus veio mesmo para que possamos promover esforço de diálogo.

Pergunta do Chat – Como você pensa que seria essa perspectiva que Jean apontou de diálogo entre especialistas indígenas e profissionais de saúde?



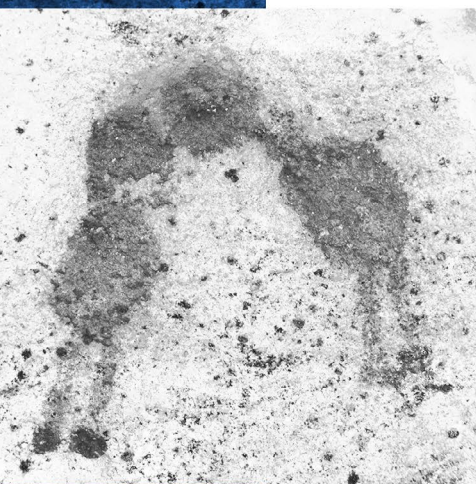
João Paulo Barreto – Em vários momentos esse assunto já foi tocado pelos outros colegas palestrantes, Prof^ª Esther Jean Langdon e Prof^ª Luiza Garnelo, de que as instituições que formam profissionais não têm essa área de conhecimento, não propõem tais conhecimentos. Estou entre uma das pessoas que começou a acompanhar a implementação dos DSEI aqui em Manaus pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Com muita alegria a gente contratava profissionais de saúde, enfermeiros, médicos etc., e encaminhava para as comunidades. Não passavam três ou quatro dias, já chegava reclamação de que aquele médico não entendia da cultura, não prestava e tal. Assim, comecei a perceber que os profissionais vão com boa intenção, largam tudo, ou seja, comparando com missionários, largam tudo, do melhor da vida deles como profissionais e vão se “entocar” nas nossas comunidades, nas nossas aldeias para ouvir o canto dos pássaros, para ouvir o canto dos grilos. Imagine o quanto que esses profissionais devem sofrer para ir para lá. E a gente reclama “Esse profissional não presta não sei o quê...”. Mas eu comecei a perceber que a questão não era o profissional, a questão eram ou são as instituições que formam esses profissionais, que não oportunizam conhecer esse outro modelo de sistemas indígenas terapêuticos, as concepções indígenas de saúde-doença-tratamento, esse conjunto. Em nenhuma universidade você irá encontrar. Aqui em Manaus é fácil entrar na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), na Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e não ouvir isso. Então é um pouco isso, para mudar essa questão é necessário que as instituições e os professores, como operadores desses conhecimentos, levem a sério as diferenças e desenvolvam pesquisas sérias. É necessário a gente discutir o direito, não o direito simplesmente como povo diferente. “Não, os povos são diferentes porque tem que levar remédio para ele e tal...”. Não, diferente porque tem concepção diferente, porque tem epistemologia diferente. Nós precisamos construir o direito de fato, onde nossos profissionais,

especialistas indígenas conhecidos como pajés, sejam reconhecidos e considerados como profissionais. Só para complementar, de vez em quando sou convidado para dar um módulo para alunos de especialização em saúde pública e em saúde indígena em uma instituição particular chamada Singular, Educacional Singular. Levo isso muito sério, porque é uma oportunidade. São profissionais fazendo especialização. Então, abordo exatamente em detalhes tudo o que é ou seria a noção de corpo, a noção de cuidado, a noção de produção de cuidado do corpo, as técnicas terapêuticas indígenas, o que é essa medicina indígena, todo esse conjunto de conhecimento.

Pergunta do Chat – Rui Arantes, que situações foram desafiantes com o trabalho com os Xavantes e como o aprendizado da língua Xavantes ajudou ou não?

Rui Arantes – O principal desafio é conseguir estabelecer uma relação de confiança com as comunidades. E isso só se consegue com o tempo. Com o convívio, no dia a dia, as pessoas começam a perceber que você está ali para contribuir, que você não está de passagem, que existe a intenção realmente de somar forças para resolver os problemas de saúde, para ajudá-los. O principal desafio, na minha opinião, é estabelecer essa relação de confiança. E nesse sentido, se você fala a língua nativa ajuda muito. Eu não sou fluente na língua Xavante, mas entendo boa parte, consigo me comunicar e isso propicia uma maior aproximação, o que facilita estabelecer essa relação de confiança.

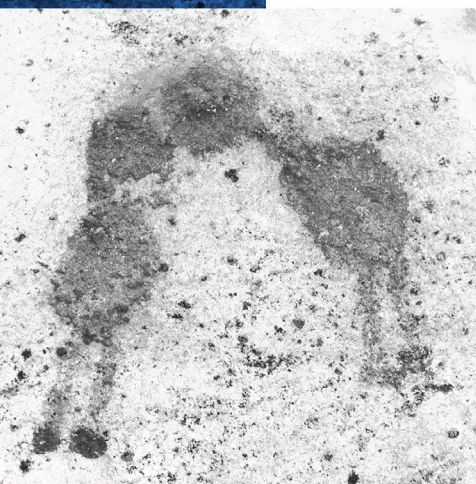
Um desafio muito grande também foi a introdução do creme dental, que realmente era uma coisa muito nova para eles. Eles não conheciam o tubo de pasta. Aquilo poderia ser uma pomada, poderia servir para qualquer coisa. Então, no começo, a gente via as crianças usando o creme dental como tinta para pintar os brinquedos ou então para pintar um número nas costas para jogar futebol. O creme dental também era utilizado para aliviar a dor das picadas de marimbondo, para queimadura. Enfim, o creme dental não era reconhecido como um



material útil para limpar os dentes e importante para prevenção de cárie. Percebe-se aí a importância de se estabelecer um diálogo efetivo, uma comunicação eficiente, para conseguir passar a mensagem sobre o uso correto de um medicamento, no caso o creme dental. Essa troca de informações só é possível com o diálogo, com a construção de um canal de comunicação que só acontece de forma efetiva se for estabelecida essa relação de confiança entre as partes.

Pergunta do Chat – Para Esther Jean Langdon, considerando que você participou da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, como vê esse debate da atenção diferenciadas mudar ou avançar nesses 30 anos?

Esther Jean Langdon – Hum...não quero ser negativa. Reconheço que existem profissionais procurando oferecer serviços interculturais. Rui Arantes é um exemplo e têm vários profissionais de saúde que iniciaram experiências muito interessantes procurando oferecer serviços que são mais “interculturais”, podemos dizer, mais horizontais, que procuram articular com as próprias comunidades. Mas acho que, em termos de política, devemos pensar não somente nas diretrizes ou princípios de como devem ser os serviços, mas em política como práxis, de como os princípios se tornam realidade. E, neste sentido, talvez esteja muito crítica quando considero a atenção aos povos indígenas no Brasil. As implicações de como a atenção diferenciada se realiza na *práxis* nunca foram examinadas com seriedade ou profundidade nem foram os profissionais de saúde estimulados a pensar sobre como articular com as práticas e os saberes indígenas. E, nesse sentido, não vejo grandes mudanças. Atenção diferenciada requer diálogo e também mais abertura para a participação indígena. João Paulo Barreto falou sobre isso, sobre a necessidade de ouvir, de escutar os saberes e as suas necessidades. Então, não sei; não quero ser negativa, mas não vejo muito avanço. E, em parte, porque eu acho que a assimetria inerente à lógica das práticas biomédicas não mudou. João Paulo



Barreto está certo sobre a questão da educação. Anos atrás eu ministrei uma disciplina obrigatória para alunos no curso de medicina. Foi logo depois que cheguei ao Brasil, na década de 1980, no auge do movimento de saúde coletiva. O curso de medicina adicionou disciplinas das ciências sociais e humanidades, visando uma melhor inserção do médico na sociedade, esperando que os médicos estivessem mais preparados para oferecerem serviços mais humanizados. E foi uma luta ensinar essa disciplina. Primeiro porque eram alunos da primeira fase. Foram jovens de 17 anos, sonhando em ser cirurgiões, sonhando em especializações, mas com total desconhecimento sobre saúde coletiva. E nem entendiam porque eu estava lá falando de diversidade cultural e porque foram obrigados a estudarem a antropologia. E o pior era que não houve, e nessa observação João Paulo Barreto está totalmente certo, não houve apoio dos professores do curso de medicina. Então me senti bastante sozinha e frustrada, ensinando uma disciplina vista como sem importância, desinteressante ou sem relevância pelos alunos. Não sei por que, mas minha experiência com os alunos de odontologia demonstrou que eles estavam mais abertos. Foi talvez o grupo mais interessado; ministrei aulas também para os enfermeiros e, na minha experiência, os de odontologia foram os mais abertos.

Pergunta do Chat – Prof. Rui Arantes poderia comentar o porquê de as mulheres terem apresentado maior risco para cáries?

Rui Arantes – Temos duas hipóteses para essa questão. Uma mais ancorada em uma questão cultural e uma outra mais biológica. Na cultura Xavante, os papéis de homens e mulheres na sociedade são muito bem definidos. As mulheres se ocupam da vida doméstica, da família, não têm muito contato com o meio externo, saem pouco das aldeias, dominam menos o português (isso em relação à aldeia Xavante Pimentel Barbosa e não em relação ao povo Xavante como um todo). Além disso, elas param de estudar precocemente porque se casam muito cedo e vão cuidar da família. Portanto, têm menos

acesso à informação o que impacta no conhecimento em relação ao autocuidado com a saúde bucal. Uma outra questão que pode explicar a maior vulnerabilidade das mulheres ao risco de cárie está associada ao papel reprodutivo. Durante a gestação e amamentação ocorre uma série de mudanças hormonais que diminuem alguns fatores de proteção para a cárie e doença periodontal no meio bucal, tais como a diminuição da capacidade de tampão da saliva, a diminuição do fluxo salivar, o aumento da descamação do epitélio bucal, que propicia uma maior proliferação bacteriana e favorecem a diminuição do pH bucal e conseqüentemente a desmineralização dos dentes. No caso das mulheres Xavantes, que passam praticamente boa parte de seu período reprodutivo gestando e amamentando, essas alterações no meio bucal se perpetuam por muito tempo. Ou seja, a diminuição de fatores de proteção para cárie dentro do meio bucal dura um período muito prolongado na vida delas se comparado aos homens Xavantes, por exemplo. Portanto, a gente associa esse maior risco de cárie das mulheres em relação aos homens Xavantes a essa questão tanto biológica como cultural.

Pergunta do Chat – É possível compreender as dificuldades de articulação com tal diversidade por parte dos profissionais de saúde, buscando reflexões no racismo?

Luiza Garnelo – Bom, acho que tem uma base comum da existência de racismo contra populações indígenas e outras minorias ou outros grupos sociais. O fundamento é o mesmo: a intolerância e a recusa de reconhecer a diversidade e o direito do outro. Então nesse sentido, sim, a gente pode classificar essas práticas excludentes que subalternizam o outro como formas de racismo mais intensas ou mais atenuadas, intencionais ou não intencionais, dependendo da situação.

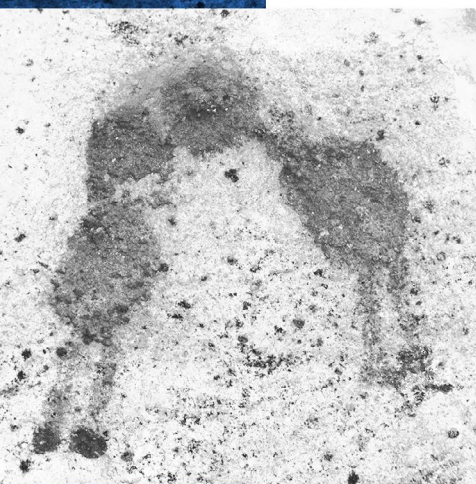
O João Paulo Barreto apontou aí exemplos de prática não intencional, em que não se concebe que os índios tenham melhores alternativas de cuidados com um quadro avançado de acidente



ofício, em comparação à estratégia do cirurgião que preconizada a amputação. Ao cirurgião que pretende amputar o membro afetado os índios dizem: “Não! Nós conseguimos nos tratar. Não precisa amputar; vamos tentar tratar”. A recusa médica à tentativa da família indígena é uma forma de redução da importância do saber do outro. Aí os pensamentos subjacentes são: “Não posso aceitar isso”. “Não é possível que ele saiba mais do que eu”. “Eu sou uma pessoa que fez seis anos de faculdade, mais outros tantos de especialização, que tem uma experiência médica, como eles podem saber mais que eu?”. Quer dizer, não há uma intencionalidade na dúvida que se estabelece aqui na avaliação do saber indígena. Eu diria que há um receio pelo bem-estar do paciente, calcado na crença absoluta de que o conhecimento científico recebido na universidade é o único que tem valor.

Pode ser que alguns profissionais se deem conta da diversidade, que consigam relativizar o modo como somos formados na universidade e que consigam exercitar o diálogo, adotando práticas menos impositivas. O problema é que nem sempre essa boa disposição resulta em atitudes equivalentes. O profissional de saúde é capacitado para prescrever: prescrevemos procedimentos e medicamentos, mas, implícita ou explicitamente, também prescrevemos comportamentos e valores e, ao fazê-los, levamos de carona o etnocentrismo dos saberes ocidentais hegemônicos. Se a essa característica do trabalho em saúde aliarmos o desconhecimento sobre o mundo indígena, facilmente se pode concluir que boa vontade não é suficiente para mudar o modelo de atenção praticado no subsistema de saúde indígena.

Além disso, há outro componente que dificulta muito a implementação da atenção diferenciada: a rotatividade muito elevada dos profissionais de saúde, impossibilitando que conheçam as pessoas, que conheçam as culturas dos grupos com quem trabalham, que agucem a sensibilidade e exercitem o diálogo e o respeito ao outro. Sem isso, é impossível praticar a interculturalidade.



Há uma coisa em comum de pessoas que falaram hoje aqui nessa Ágora: o longo tempo de convivência (sendo alguns, como João Paulo, ele próprio membro de um grupo étnico) que todos têm com determinados grupos, além do conhecimento das respectivas cosmologias que detêm a chave para o entendimento do sistema de cura e cuidados. Já os DSEI não conseguem fixar pessoal. Os que ali trabalham mal conseguem interagir, congregar com as pessoas, conhecer a vida social, dominar a língua e ganhar a confiança das famílias, conforme foi dito pelo Rui. Então, se você sai pulando de um grupo para o outro, no máximo consegue estabelecer uma relação superficial que lhe permite verificar sintomas físicos e prescrever alguma coisa.

Só é possível ser culturalmente sensível quando há tempo para praticar o diálogo e buscar conhecer o outro de fato. Para isso o tempo de convivência é muito importante, embora não seja garantia suficiente, porque também existem situações em que a pessoa convive 20 anos, 30 anos com um grupo indígena, mas se recusa a dar espaço para o outro na sua prática, no seu pensamento, no seu sentimento, nos seus afetos. Então, essa convivência só será produtiva se for permeada pelo propósito de ter uma abertura para o diferente e exercitar a tentativa de se aproximar do ponto de vista do outro o melhor que puder.

Entendo a dificuldade que os profissionais têm em se fixar, em particular porque para eles as condições de trabalho são penosas e há lugares mais difíceis de trabalhar do que outros. Porém, não há dúvida de que o resultado dessa troca recorrente de local de trabalho resulta na impossibilidade de conhecer as pessoas e de adentrar à vida nas sociedades com as quais interage. Esse é um ponto importante de dificuldade a ser superado através do combate ao racismo, a segregação, o preconceito, o etnocentrismo e o cultivo do conhecimento e do respeito às pessoas, mas também pelo aprimoramento dos processos de gestão nos DSEI.

Pergunta do Chat – E quanto à herança da violência colonial, penetrado e perpetuado na estrutura e formação acadêmica?

Luiza Garnele – Sem dúvida, esse ponto também é muito relevante. Nossa formação acadêmica é produto dessa colonização. Também é produto de um imperialismo do conhecimento que gera produtos vendidos por bilhões de dólares, então se trata de uma dimensão que remete diretamente à estrutura econômica. Outra dimensão dessa lógica colonial foi tocada de passagem por João Paulo ao mencionar a temática das religiões. Queiramos ou não, a formação do profissional de saúde tem uma origem fortemente cristã e isso deixou suas marcas. As religiões, em particular as monoteístas, dificilmente têm abertura para o outro, para a diversidade. As religiões politeístas são mais sensíveis e mais abertas às diferenças, justamente porque na estrutura dela não existe um único ser, um Deus exclusivo em contraponto ao qual todos os demais são falsos. Então, a base do monoteísmo que perpassa o imaginário ocidental e o sistema escolar cuja raiz se insere nas ordens religiosas, dificulta que se consiga aceitar de modo pacífico outros valores, outras formas de viver e que se confira um status igualitário a outros povos e sistemas de conhecimento. Naturalmente que a religião cristã monoteísta também tem grande participação na base que propiciou o imperialismo econômico que escravizou as sociedades indígenas.

É com base nessa história que se estrutura o conhecimento erudito, que depois vira o conhecimento científico que é atualmente o conhecimento técnico-científico, o que produz muitas inovações tecnológicas para venda em grande escala pelas grandes empresas. Ou seja, a história do conhecimento ocidental não tem muito espaço ou sensibilidade para a valorização do outro. O outro sempre é um subalterno a ser transformado em mercadoria e de alguma forma explorado. Então, concordando com o autor da pergunta, concordo que a questão colonial está intimamente relacionada com a recusa do direito à diferença.

Ana Lúcia Pontes – Primeiro gostaria dizer que infelizmente a gente não pôde contar com a participação da Maria Betânia do Conselho Indígena de Roraima (CIR). Com certeza ela enriqueceria o

debate, pois acabaram de lançar uma cartilha com um conjunto de receitas e práticas que eles desenvolveram na pandemia. O debate foi rico para pensar o desafio do campo da saúde nesse território, como Esther Jean Langdon colocou, da pluralidade médica, que envolve o reconhecimento de diferentes sociedades, epistemologias, medicinas, em que o profissional de saúde tem que saber navegar neste território com muita humildade, com muita noção das relações de poder que interferem nessa relação. Acho que a Esther Jean Langdon enfatiza o desafio de como construir relações simétricas de diálogo numa base de relações hierárquicas entre profissionais na organização de processo de trabalho, nos serviços que ainda têm uma lógica tão verticalizada, como a pirâmide no fluxo do sistema de saúde, existe a hierarquia dentro do trabalho da equipe e, então, dentro de uma cultura de trabalho marcada por espaços de hierarquia e assimetria, como desenvolver e construir relações simétricas, particularmente com um grupo social que sofre, historicamente, racismo e discriminação e que ainda não tem reconhecido pela sociedade nacional sua própria identidade e seu direito de existir e ser dentro da sua própria visão de mundo? Acho que o desafio está dado. Ao mesmo tempo queria ressaltar o comentário do João Paulo Barreto que falou, e era um pouco da experiência da Maria Betânia, o quanto que, justamente, no contexto da pandemia, está se evidenciando e fazendo uma retomada das medicinas indígenas. Lembro o evento que o João Paulo Barreto mencionou, quando a gente se conheceu na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em que Ailton Krenak propôs uma oficina autogestionada no âmbito da 16ª conferência. E a provocação do Ailton Krenak era “vimos aqui não para pedir espaço para existir, viemos aqui para mostrar que temos uma resposta, vamos oferecer os nossos recursos médicos de alto nível que temos para vocês”. O que é uma completa inversão do que normalmente a sociedade vê nessa relação. Isso foi uma provocação, uma atividade que rendeu bastante debate. E a situação que João Paulo Barreto descreveu, com o espaço das práticas

integrativas, mostrou justamente como a leitura do outro é o oposto do que estava a perspectiva do Ailton. Então, a gente tem um cenário em que lidar com essas relações e superar essas relações históricas são desafios sociais e desafios na formação dos profissionais de saúde. Acho que implica em muita humildade não quer dizer que vamos ter que nos propor a conhecer totalmente a cultura, a falar todos os idiomas e equacionar as questões para eles, implica justamente em reconhecermos que somos mais um sistema médico e reconhecer a autonomia do outro na tomada da decisão sobre seu cuidado e que, por vezes, o indivíduo vai optar ou aderir mais a um tipo de sistema médico ou outro. Mas temos uma cultura médica - e falo porque sou médica - como uma profissão muito marcada pelo paternalismo e o paternalismo é muito semelhante da tutela. João Paulo Barreto ou Luíza falaram sobre a tutela. Essa cultura do paternalismo médico facilmente se reproduz numa cultura tutelar na relação com os indígenas, de quem sabe o que é melhor para o outro. Por isso, digo que temos que refletir sobre a relação com os indígenas e essa perspectiva de diálogo é realmente o desafio. Mas acho que a gente está num período profícuo; acho que a pandemia está trazendo isso. A 6ª Conferência Nacional de saúde Indígena, que era para ter ocorrido ano passado, tinha essa temática central, esperamos que ela ocorra assim que for possível. A pauta principal era falar dessa autonomia dos direitos dos povos indígenas se autodeterminar também no campo da saúde, no qual há espaço para o sistema médico.

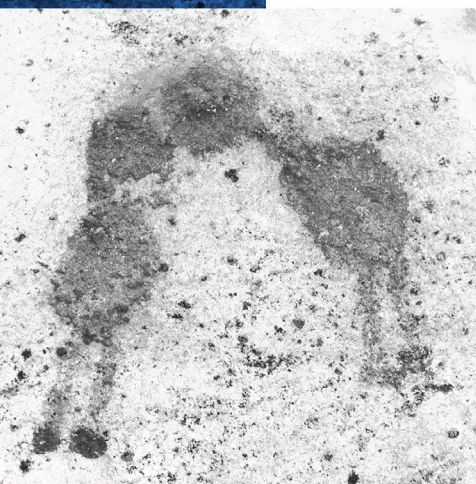
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esther Jean Langdon – Agradeço a oportunidade de falar. Fiquei um pouco perplexa no início ao saber que deveria falar, porque sinto que sempre estou me repetindo. Mas agradeço a oportunidade de poder participar no avanço do diálogo multiprofissional e multiétnico.

Acompanho a política de saúde indígena desde a primeira conferência e admiro os profissionais de saúde e os povos indígenas engajados nos esforços de tornarem a atenção diferenciada uma realidade. Mas acho que a administração geral da saúde indígena não tem demonstrado tanto esforço ou interesse.

Rui Arantes – Queria agradecer essa iniciativa dos dois GTs. Em geral, as discussões sobre saúde bucal são restritas às questões técnicas, epidemiológicas com pouca articulação com outras áreas do conhecimento. Essa conversa permitiu a articulação da saúde bucal com a antropologia, mesmo com outras áreas da medicina, como a nutrição, com a questão da sustentabilidade alimentar entre os povos indígenas, com o sistema médico indígena etc. Foi uma grande oportunidade poder discutir um pouco sobre a interface entre a saúde bucal e a questão da atenção diferenciada, que envolve todas essas questões da antropologia médica. Fico muito honrado e me sinto privilegiado em poder compartilhar aqui essa discussão com a Luiza Garnelo, Jean Langdon, João Paulo e Ana Pontes.

Luiza Garnelo – Bom, não tenho muito mais do que falar. O dia aí é dos três palestrantes, mas gostaria de ressaltar o lado afetivo mesmo. Adorei! Foi super bom! Também quero ressaltar uma das coisas boas que a pandemia nos deixa, que é essa visibilidade enorme, essa potência de vocalização indígena. Não é que ela não existisse antes, mas não tinha a visibilidade que nós estamos observando. A pandemia facilitou, inclusive, no campo da saúde. Então é excelente verificar mais uma vez a manifestação da voz indígena nos chamando atenção de que um ponto de vista diferente precisa ser ouvido; que precisa ser olhado com atenção. Por fim, quero apontar também a convivência com uma parte dos membros do GT de Saúde Indígena que hoje participaram aqui e louvar essa interface com o GT da Saúde Bucal. Foi super bom, inclusive rever as pessoas, ainda que só pela telinha, que foi o que a pandemia



nos permitiu. Então foi bom interagir e matar as saudades. Agradeço muitíssimo por terem me convidado. Um grande abraço.

Ana Lúcia Pontes – Eu queria encerrar agradecendo e reforçando a importância de pessoas como o João Paulo Barreto, pesquisador indígena na academia. As políticas afirmativas, nesses últimos anos, fortaleceram a presença indígena na universidade. A gente tem um conjunto importante na academia, na graduação e pós-graduação, de pesquisadores como o João Paulo que estão esmiuçando e reconfigurando o que é o pensamento, o discurso e a discussão sobre medicina indígena. E acho que, particularmente para este debate, eles vão fazer a diferença nos próximos anos. Existem vários outros pesquisadores indígenas que têm produzido um conjunto de teses e dissertações que incentivaria muito as pessoas a procurarem. A gente está tentando colocar disponível na Biblioteca Virtual de Saúde dos Povos Indígenas (<https://bvs.saudeindigena.ict.fiocruz.br/>), que está organizada pela Fiocruz, em parceria com a Abrasco e a OPAS. Acredito que, provavelmente, esses pensadores indígenas vão trazer muitos elementos novos para esse campo e provavelmente farão transformações no campo da saúde indígena nos próximos anos, o que é bastante empolgante.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Alejandro D. Davila

Ministerio de la Salud da Argentina. Presidente de la Asociación por la Salud Bucal Colectiva de Argentina.

Alexandre Kalache

Presidente do Centro Internacional da Longevidade - Brazil (International Longevity Center), vinculado ao Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE), filial do Instituto Vital Brazil (IVB). Professor Associado da Escola Andaluza de Saúde Pública (Granada) e Thinker in Residence do governo da Austrália do Sul.

Ana Lúcia Pontes

Pesquisadora Departamento Endemias Samuel Pessoa; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz; Coordenadora do GT Saúde Indígena-ABRASCO.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Professora do Departamento de Odontologia e dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem e em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Enfermagem; Doutora em Odontologia.

Andrea Muñoz Martinez

Profesora de salud pública y Directora Académica Programa Especialización Salud Pública Odontológica; Facultad de Odontología Universidad de Chile.

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira

Professor do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Doutorado em Odontologia Preventiva e Social.

Antonio Carlos Pereira

Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Especialização, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela FSP/USP. Pós Doutorado realizado em Nijmegen (Holanda, 1998) e Indianópolis (EUA, 2000). Professor dos PPGO e do Mestrado Profissional em Gestão e Saúde Coletiva da FOP.

Carlos Botazzo

Professor Associado Sênior do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Doutor em Saúde Coletiva - Unicamp.

Carlos García Zavaleta

Profesor Asociado Dpto. Académico de Odontología Social, Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Coordinador del Observatorio de Inequidades en Salud Bucal de la UPCH.

Carlos Pilz

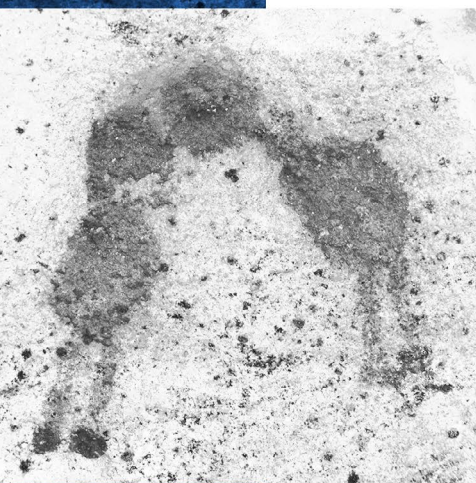
Cirurgião-Dentista, Doutor em Odontologia, na área de Saúde Bucal Coletiva, pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Escritório de Projetos Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre-RS.

Celso Zilbovicius

Professor Doutor do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP; pesquisador voluntário do projeto VIGI-FLUOR do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL) da FSP-USP.

Cláudia Flemming Colussi

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e membro do Núcleo de Extensão e



Pesquisa em Avaliação em Saúde - NEPAS-UFSC; Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

Cristine Maria Warmling

Professora Associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social/UFRGS; Coordenadora do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde/UFRGS; Professora do Programa de Pós-graduação Avaliação de Tecnologias para o SUS/GHC; Doutora em Educação/UFRGS e Mestre em Saúde Coletiva/UFSC.

Cristine Nobre Leite

Cirurgiã-Dentista graduada pela UFPB; Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais no Centro de Especialidades Odontológicas de Belém-PB; Poeta e repentista.

Daniel Noro de Lima

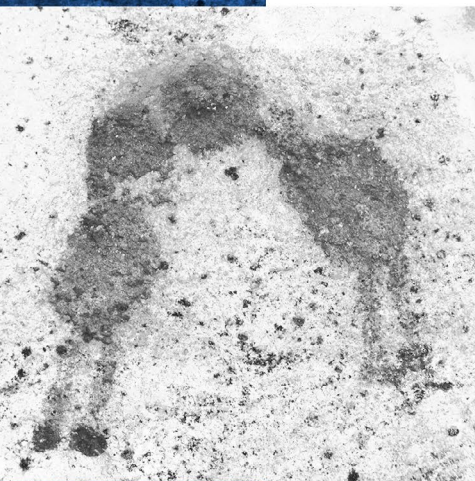
Cirurgião-Dentista e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense; Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; Especialista em Educação em Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês e Ministério da Saúde. Dentista do Consultório na Rua de Niterói-RJ.

Daniela Lemos Carcereri

Professora Titular do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Professora de Pós-graduação em Odontologia da UFSC e no Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - REMULTISF (UFSC-SMS Florianópolis).

Danielle Tupinambá Emmi

Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde - UFPA; Diretora da Faculdade de Odontologia da UFPA; Integrante do Comitê Assessor da Área de Odontologia, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).



Edgard Michel Crosato

Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP); Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia da UNESP - Araçatuba.

Efigênia Ferreira e Ferreira

Professora permanente do Programa de Pós Graduação em Odontologia-UFMG. Mestre em Odontologia e Doutora em Epidemiologia.

Elisete Casotti

Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

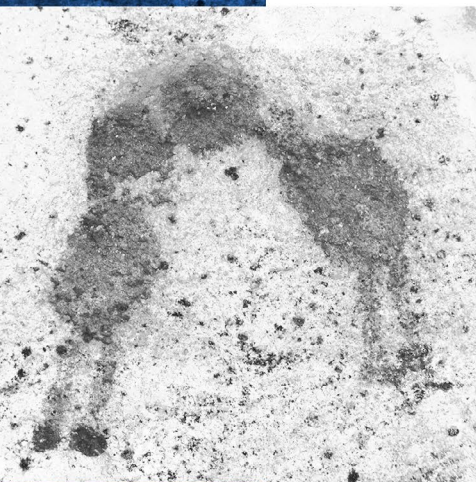
Professora Titular Aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/SP (Unicamp).

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Professora Associada Departamento de Saúde Pública Universidade Federal do Maranhão; Professora Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Odontologia/UFMA e Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ).

Esther Jean Langdon

Professora Titular Aposentada pela UFSC, Coordenadora INCT: Brasil Plural; Doutora em Antropologia pela Tulane University, EUA.



Fabiana Schneider Pires

Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFRGS; Professora do Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde/UFRGS; Doutora em Odontologia Social/USP.

Fernanda Campos de Almeida Carrer

Professora da Faculdade de Odontologia/FOUSP; Professora Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da FOUSP; Pesquisadora dos Observatórios de Recursos Humanos em Odontologia e do Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas de Saúde Bucal.

Helder Henrique Costa Pinheiro

Professor Adjunto do Instituto de Ciências da Saúde/UFGA; Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFGA; Professor do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA.

Helenita Corrêa Ely

Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Doutorado em Odontologia/UFRGS.

João Paulo Barreto

Pesquisador Indígena - Doutorando em Antropologia/UFAM.

José Ivo dos Santos Pedrosa

Professor Titular em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí; Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; Coordenador do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

Júlio Renato Lancellotti

Pedagogo e Presbítero Católico Brasileiro; Pároco da Igreja São Miguel Arcanjo no bairro da Mooca, São Paulo; Doutor Honoris Causa pela Universidade São Judas Tadeu e pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Kenio Costa de Lima

Professor Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e em Ciências da Saúde desta mesma universidade e bolsista de produtividade do CNPq.

Lilian Oliveira Magalhães

Cirurgiã-Dentista; Mestre em Odontologia pela UFPA; Especialista em Saúde Pública; Mãe TEA.

Luciane Maria Pezzato

Professora do Eixo Trabalho em Saúde do Instituto Saúde e Sociedade da UNIFESP, campus Baixada Santista. Doutora em Saúde Coletiva (FCM/Unicamp) e Mestre em Educação (FE/Unicamp).

Luiz Roberto Augusto Noro

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Pós-doutorado em Educação pela Universidade de Barcelona (Espanha).

Manoel Cavalcante de Sousa Castro

Cirurgião-Dentista graduado pela UFRN; Pós-graduado em Saúde da Família pela Universidade Cândido Mendes.

Márcia Pereira Alves dos Santos

Professora colaboradora do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica - Faculdade de Odontologia/UFRJ; Doutora em Odontologia pela UFRJ.

Marco Antonio Manfredini

Diretor-Tesoureiro do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP); Pesquisador do Centro Colaborador em Vigilância da Saúde Bucal da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CECOL/USP); Coordenador de tutoria do Curso de Especialização em Saúde da Família da UnASUS-Unifesp.

Marco Cornejo Ovalle

Profesor salud pública, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Cirujano dentista, doctor en salud pública y especialista en radiología oral y maxilofacial. Integrante del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal.

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Professor Titular do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG; Doutor em Odontologia Social pela UFF.

Maria Augusta Bessa Rebelo

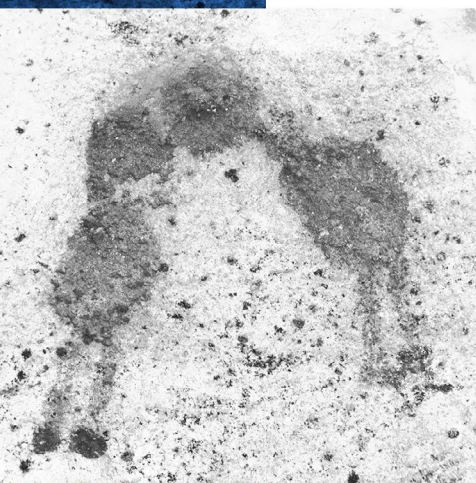
Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas; Doutorado em Biologia e Patologia Bucodental (FOP-UNICAMP) e Pós-doutorado em Saúde Bucal Coletiva (Sheffield University-UK).

Maria Carolina Morales Borrero

Profesora Titular Departamento Salud Colectiva, Universidad Nacional de Colombia, Líder Grupo de Investigación Salud Colectiva. Profesora invitada a la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad Autónoma Metropolitana en México.

Maria Gabriela Haye Biazevic

Professora Associada do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP); Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.



Maria Luíza Garnelo Pereira

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane-FIOCRUZ; Doutora em Ciências Sociais/Antropologia pela UNICAMP. Membro do GT Saúde Indígena-ABRASCO.

Natalia Odeth Santos Madrigal

Mestre em Medicina Social, Candidata a Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco/UNAM/México.

Nelson Filice de Barros

Professor Livre-docente da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DSC/FCM/Unicamp).

Otacílio Batista de Sousa Nétto

Professor do Curso de Odontologia da UFPI; Colaborador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública NESP-UFPI; Doutorando em Clínica Médica/Unicamp.

Paulo Capel Narvai

Professor Titular Sênior da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Paulo Frazão

Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP; Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Paulo Sávio Angeiras Goes

Professor Associado do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva da UFPE. Doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública, University of London.

Rafael Gomes Ditterich

Professor Associado do Departamento de Saúde Coletiva e Líder do Grupo de Pesquisa: Política, Avaliação e Gestão em Saúde (PAGS) da Universidade Federal do Paraná. Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Renata Goulart Castro

Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Renato José De Marchi

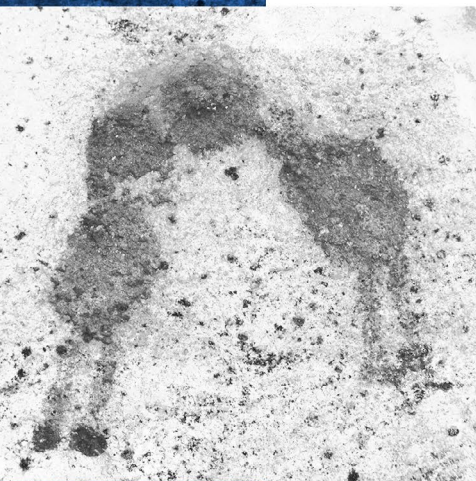
Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; Coordenador do Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal na ênfase em Saúde da Família e Comunidade da UFRGS; Professor colaborador do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Rodolfo Macedo Cruz Pimenta

Professor Substituto do Departamento de Saúde da UEFS; Docente dos Cursos de Saúde da Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana/UNEF. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS.

Roger Keller Celeste

Professor Associado do Departamento de Odontologia Preventiva e Social UFRGS; Mestre em Dental Public Health (UCL-UK); Doutorado em Epidemiologia (IMS/UERJ).



Roosevelt Silva Bastos

Professor Associado na disciplina Saúde Coletiva do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Coordenador da área Saúde Coletiva no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

Rui Arantes

Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ; Membro do GT Saúde Indígena-ABRASCO.

Samuel Jorge Moysés

Professor Titular da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Paraná. Ph.D. em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres, UK.

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

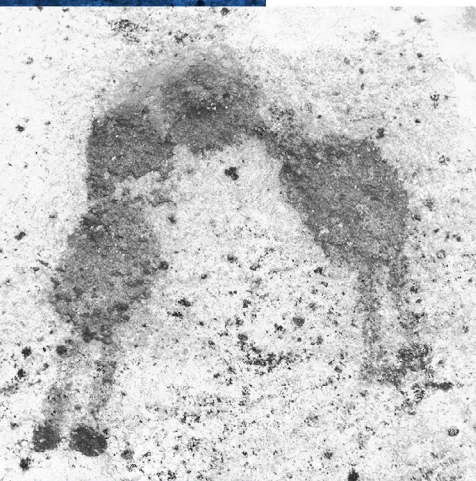
Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-Ceará (Saúde da Família); Professora Titular da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Sônia Cristina Lima Chaves

Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA; Pós-doutorado em Sociologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFBA.

Sylvio da Costa Júnior

Doutor em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS e Presidente do Sindicato dos Odontologistas no Estado de Santa Catarina/SOESC.

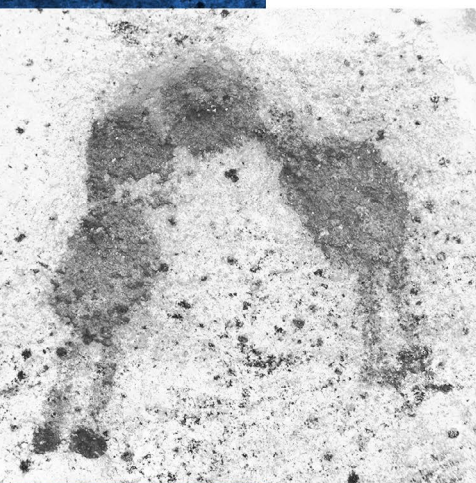


Thais Regis Aranha Rossi

Professora da Universidade do Estado da Bahia - UNEB; Pesquisadora da Universidade Federal da Bahia; Coordena o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - MEPISCO/UNEB.

Valeska Maddalozzo Pivatto

Cirurgiã-dentista formada pela UFSC; Especialista em Saúde da Família e em Saúde Coletiva pela UFSC.



ÍNDICE REMISSIVO

A

Abrasco 17, 21, 24, 28, 33, 114, 124, 156, 183, 185, 192, 209, 219, 221, 254, 256, 284, 292, 298, 307, 344, 349, 353, 354, 359, 440, 450, 480

ACS 84, 85, 113, 114

água potável 158

AIS 452

alfabetização 206, 374, 375

aprendizagem 185, 186, 188, 190, 195, 202, 204, 207, 340, 343, 347

B

bem-estar social 115, 174

biomédicas 25, 461, 471

biossegurança 28, 29, 130, 139, 141, 142, 287, 288, 343, 356

Brasil 20, 23, 24, 26, 35, 36, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 64, 65, 66, 70, 75, 76, 78, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 94, 104, 113, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 154, 159, 165, 167, 168, 169, 175, 177, 178, 180, 183, 185, 190, 194, 195, 209, 211, 212, 257, 260, 271, 284, 285, 287, 288, 289, 295, 298, 299, 300, 301, 302, 305, 307, 308, 309, 310, 314, 315, 319, 326, 329, 336, 337, 338, 339, 341, 342, 343, 348, 350, 351, 352, 354, 355, 356, 357, 378, 379, 380, 381, 385, 388, 390, 391, 392, 394, 395, 396, 398, 400, 403, 404, 406, 407, 409, 410, 411, 418, 419, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 437, 443, 445, 450, 451, 452, 457, 465, 471, 472, 484

bucalreira 18

bucalidade 24, 25, 64, 91, 164, 165, 166, 167, 168, 172, 176, 179, 219, 237, 246, 301, 308, 310, 366, 368, 369

C

cárie dental 79, 187

CD 29, 32, 80, 85, 104

cirurgião dentista 198, 199, 201, 205, 209, 219

cirurgiões-dentistas 20, 28, 32, 41, 80, 88, 89, 92, 93, 130, 136, 137, 138

colapso 122, 295, 297, 348, 379, 387

conceito de campo 75

Consultórios na Rua 157, 159

contágio 131, 324, 378, 386, 388, 409

coronavírus 29, 122, 179, 199, 314, 315, 316, 319, 329, 330, 349, 351, 387, 389, 401, 416, 468

covid-19 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 33, 35, 36, 52, 76, 89, 114, 115, 122, 123, 124, 125, 126, 131, 132, 136, 137, 138, 140, 141, 148, 156, 212, 217, 240, 277, 284, 285, 295, 298, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 323, 324, 325, 328, 332, 342, 343, 344, 345, 348, 353, 378, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 388, 390, 391, 392, 394, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 414, 415, 416, 437, 448, 465, 466, 468

crise 17, 19, 22, 29, 35, 36, 89, 113, 114, 118, 121, 136, 145, 221, 240, 285, 286, 311, 315, 316, 326, 348, 349, 350, 396, 413

crise econômica 113, 121, 316, 348, 396

crise política 17, 136, 348

crise sanitária 22, 36, 113, 114, 136, 221, 240, 285, 315, 326, 348

crise social 316

D

dispositivo 19, 23, 107, 165, 188, 251, 364, 385, 394, 397

distanciamento social 22, 28, 36, 122, 286, 382, 383, 386, 387, 388, 389, 390, 393

E

educação 20, 21, 22, 23, 25, 31, 32, 33, 34, 36, 50, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 96, 100, 101, 102, 106, 135, 138, 172, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 198, 199, 200, 202, 204, 208, 209, 210, 211, 213, 287, 299, 303, 306, 315, 316, 328, 332, 333, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 350, 353, 355, 365, 369, 370, 375, 380, 403, 419, 432, 433, 472

EMSI 452

ensino 30, 31, 34, 77, 93, 104, 105, 182, 183, 184, 185, 186, 194, 198, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 212, 301, 316, 326, 333, 335, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 346, 347, 356, 424, 459

epidemias 124, 328, 329, 348, 380, 382, 387, 393, 397, 407, 448

epidemiologia 86, 225, 241, 254, 303, 378, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 388, 389, 394, 396, 397, 398, 401

epidemiológica 22, 224, 265, 277, 303, 318, 319, 328, 378, 381, 382, 386, 387, 396, 411

escova de dentes 82, 159

espaço social 43, 75

evidência científica 23, 28, 380, 422

F

fakenews 293, 294

financiamento da saúde 61

fluoretação 54, 79, 80, 82, 87, 134, 174, 187, 305

G

getista 17, 217

H

habitus 45, 47, 50, 75, 95, 96, 99, 100, 288

higiene oral 48, 59

I

ideologia 25, 161, 162, 247, 254, 258, 422

IES 182, 183, 440

illusio 40, 75, 95, 96, 97, 99, 100, 105

imateriais 94

imunossenescência 412

indígenas 24, 162, 163, 284, 300, 440, 441, 442, 443, 444, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 473, 476, 477, 478, 479, 480

infantilização 101

inquéritos sorológicos 395

L

linguagem 24, 96, 105, 106, 209, 216, 222, 237, 315, 368

lives 28, 33, 221

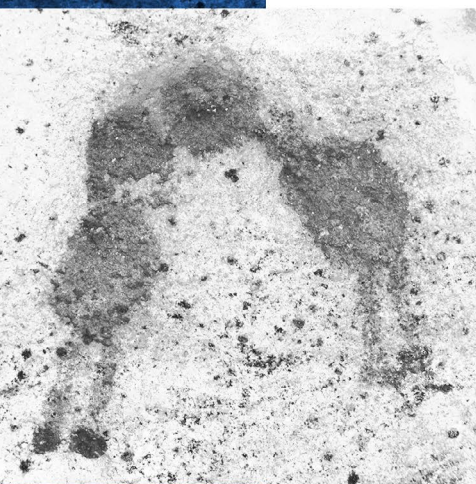
M

macrorregiões 133, 134, 135, 146, 149

máscaras 23, 157, 159, 235, 319, 325, 359, 368

microcosmo 75

micropolíticas 25



mídias sociais 293, 395

Ministério da Saúde 32, 36, 49, 63, 80, 81, 86, 88, 90, 117, 122, 123, 132, 133, 134, 143, 144, 152, 154, 183, 184, 185, 188, 285, 286, 287, 299, 316, 317, 319, 320, 329, 330, 350, 378, 390, 398, 437, 440, 443, 482, 483

monopólio 24, 45

mortes 52, 217, 284, 303, 314, 315, 316, 330, 361, 406, 413, 416

MS 84, 121, 144, 188, 341

N

NASF 114, 122, 138

O

oferta pública 43

P

pandemia 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 52, 57, 58, 65, 76, 89, 94, 107, 114, 115, 122, 123, 124, 125, 127, 130, 136, 137, 139, 142, 143, 146, 148, 151, 156, 158, 159, 160, 182, 189, 190, 191, 199, 205, 212, 217, 221, 240, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 292, 295, 297, 298, 300, 314, 316, 317, 318, 320, 321, 322, 323, 325, 329, 332, 333, 342, 343, 344, 345, 348, 349, 351, 352, 353, 355, 356, 381, 382, 384, 386, 387, 388, 389, 394, 395, 396, 397, 400, 405, 406, 411, 412, 414, 415, 421, 435, 477, 478, 479

pandemias 448

patologia 101, 105, 135, 232, 252, 257, 459

PC 81, 82, 83

PNASPI 442, 452, 453, 456

PNSB 19, 47, 54, 55, 58, 80, 86, 132, 134, 135, 148, 149, 301, 307, 337, 338, 339

política nacional 43, 51, 55, 65, 86, 90, 146, 340, 365, 428, 441, 443

políticas 17, 20, 22, 30, 39, 52, 53, 64, 73, 74, 75, 76, 78, 81, 88, 89, 92, 116, 117, 122, 134, 135, 136, 137, 149, 159, 165, 166, 167, 168, 169, 174, 175, 182, 190, 195, 205, 262, 270, 271, 272, 273, 274, 277, 279, 301, 302, 303, 305, 306, 307, 315, 318, 336, 337, 340, 341, 342, 349, 350, 352, 362, 380, 381, 382, 398, 404, 405, 408, 412, 413, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 427, 428, 431, 435, 437, 442, 447, 448, 453, 455, 480

populações vulneráveis 51, 379

pós-pandemia 34, 57, 58, 89, 142, 332, 345, 356, 384

povos indígenas 24, 162, 163, 300, 440, 441, 442, 443, 448, 453, 455, 456, 465, 466, 467, 468, 471, 478, 479

pré-pandêmico 292, 299, 300

presidente 86, 185, 285, 287, 299, 317, 343, 351

profissional de saúde 22, 23, 34, 139, 211, 332, 371, 452, 455, 474, 476, 477

prótese dentária 51

R

racismo 17, 20, 51, 58, 62, 163, 165, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 473, 475, 477

redes sociais 17, 28, 137, 142, 294, 296, 309, 365

RNP 30

S

SARS-CoV-2 35, 122, 131, 199, 264, 280, 290, 314, 378, 387, 389, 393, 395

saúde bucal 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 97, 98, 99, 108, 113, 114, 126, 129, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 146, 148, 149, 153, 154, 156, 157, 158, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 178, 180, 187, 198, 200, 201, 203, 217, 219, 224, 238, 286, 287, 288, 298, 300, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 315, 316, 320, 321, 322, 324, 326, 327, 328, 329, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 343, 344, 345, 350, 351, 354, 355, 356, 359, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 404, 405, 406, 415, 417, 418, 419, 420, 421, 423, 431, 432, 436, 440, 441, 443, 444, 445, 446, 457, 458, 465, 473, 479

saúde pública 23, 127, 142, 286, 302, 311, 378, 465, 470

subjetividade 17, 21, 165, 169, 187, 202, 218, 249, 251, 294, 359, 363, 364, 365, 437

SUS 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 36, 39, 40, 44, 52, 53, 65, 80, 84, 88,

98, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 134, 136, 137, 139, 143, 144, 146, 148, 156, 168, 175, 181, 182, 183, 184, 185, 189, 190, 191, 193, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 220, 240, 271, 284, 285, 287, 288, 304, 306, 307, 308, 310, 316, 321, 324, 325, 326, 327, 328, 330, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 349, 352, 353, 354, 355, 356, 365, 378, 380, 381, 387, 394, 396, 398, 400, 424, 428, 429, 430, 431, 443, 453, 483

T

teleatendimento 123, 124, 139, 141

teleodontologia 18, 28, 30, 34, 36, 61, 344

V

vigilância 22, 25, 33, 34, 52, 54, 79, 86, 113, 115, 132, 134, 138, 148, 149, 173, 207, 301, 308, 318, 319, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 344, 362, 378, 381, 386, 387, 396, 413

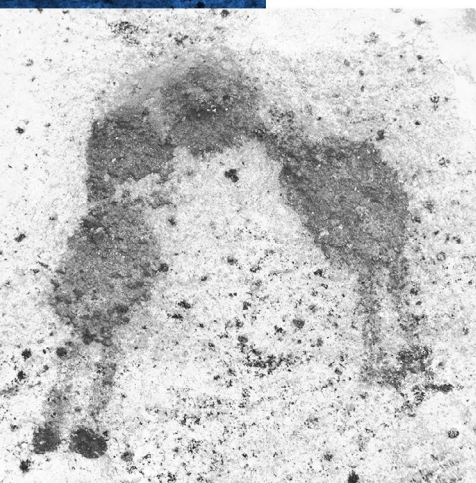
violência 24, 159, 396, 415, 448, 466, 475

vítimas 36, 58, 314, 375

vítimas fatais 314

vulnerabilidades 20, 23, 46, 115, 156, 165, 168, 182, 211, 221, 294, 424, 425, 426, 428

vulneráveis 51, 114, 119, 134, 175, 285, 305, 322, 327, 344, 379, 387, 396



organizadores
Otacilio Batista de Sousa Néto
Sonia Cristina Lima Chaves
Cláudia Flemming Colussi
Rodolfo Macedo Cruz Pimenta
Roosevelt Silva Bastos
Cristine Maria Warmling

DÍALOGOS BUCALEIROS

reflexões em tempos pandêmicos

| www.pimentacultural.com |

