MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal

São Paulo

2014

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

São Paulo

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Maria Aparecida de.
A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal / Maria Aparecida de Oliveira; orientador Carlos Botazzo. -- São Paulo, 2014.
82 p. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão corrigida.

1. Odontologia em Saúde Coletiva. 2. Saúde Bucal. 3. Políticas Públicas - Odontologia. I. Botazzo, Carlos. II. Título.

Oliveira MA. A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2014

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Este trabalho é dedicado aos profissionais de saúde bucal que trabalham e estudam para melhorar continuamente a atenção em saúde bucal no SUS.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Hélio e Maria, e à tia Hilda, *in memorian,* por tudo: pelo amor, por ensinar o prazer da leitura e estudo, por valorizar em todos nós a busca por uma profissão.

A minha família, por entender e apoiar minha ausência nos finais de semana, por proporcionar carinho e afeto nas horas difíceis.

Aos meus amigos, Elvira, Maria Ligia, Alfredo, Maria Ilíria pelo apoio.

Aos meus amigos de pós-graduação e graduação, Carolina Rogel, André Clara, Graciela Fonseca pelas conversas, discussões e escuta nesta fase de vida.

As minhas amigas da UBS Vila Dionísia, Maria José Ramalho, Patrícia Santos, Maria Fernanda, Caroline Fernandes, Adeiza Oliveira, pelo apoio e carinho.

As amigas: Célia Cavaggione, Heloisa Berton, Marilia Muller, Magnólia Bastos, pelo apoio e compreensão.

A Ana Maria Crosera e Cristina Yoshii, pelo apoio inestimável neste meu percurso

A Glauci Elaine Damasio Fidelis, pelo profissionalismo e dedicação.

Ao prof. Dr. Edgard Michel Crosato. pelo apoio durante a finalização deste trabalho.

A minha querida amiga, Fabiana Schneider Pires, pela dedicação, apoio, energia. Como diz a canção ‘amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves!’

Ao meu querido mestre, prof. Dr. Carlos Botazzo, pela sua competência, pelo seu conhecimento intelectual e, ao mesmo tempo, pela gentileza e generosidade em proporcionar – a tantos profissionais que buscam aprofundar seus conhecimentos – uma oportunidade de ampliar o olhar através do estudo acadêmico.

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOUSP - pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

Dizem (quem me dera)

Arnaldo Antunes

o mundo está bem melhor
do que há cem anos atrás, dizem
morre muito menos gente
as pessoas vivem mais

ainda temos muita guerra
mas todo mundo quer paz, dizem
tantos passos adiante
e apenas alguns atrás

já chegamos muito longe
mas podemos muito mais, dizem
encontrar novos planetas
pra fazermos filiais

quem me dera
não sentir mais medo
quem me dera
não me preocupar

temos inteligência
pra acabar com a violência, dizem
cultivamos a beleza,
arte e filosofia

A modernidade agora
vai durar pra sempre, dizem
toda a tecnologia
só pra criar fantasia

deuses e ciência
vão se unir na consciência, dizem
vivermos em harmonia
não será só utopia

quem me dera
não sentir mais medo
quem me dera
não me preocupar
quem me dera
não sentir mais medo algum

RESUMO

Oliveira MA. A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Corrigida.

Nos últimos anos temos encontrado estudos e pesquisas da área da saúde que dialogam com outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais e Humanas. Esse interesse crescente, tanto em seus pressupostos teóricos como em seus métodos de pesquisas, embasam as teorias da Saúde Coletiva a partir dos campos de conhecimento e alicerçam seus referenciais em Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia, Ciências Políticas, Planejamento e Gestão. A Saúde Coletiva tem seu objeto de trabalho – o processo saúde e doença – discutido e posto em reflexão a partir também das relações sociais. Ao discutir diferentes explicações sobre esse processo, busca entender fenômenos, antes exclusivamente biológicos, em seus aspectos sociais, com ênfase em determinação social da saúde e doença, enquanto ressalta aspectos sociais, políticos, de classes, incorpora os sujeitos e seus modos de viver. É, portanto, nesse arcabouço teórico que a Saúde Bucal Coletiva se inscreve e propõe produção de conhecimento – prática que conjuga o conhecimento do processo saúde-doença. Tal processo ultrapassa a visão biológica da doença e busca reescrever suas práticas de assistência e cuidado que a Odontologia, tanto como profissão quanto como prática social, centralizou e ditou também como política pública. Podemos dizer que a saúde bucal coletiva pensa na totalidade das ações e práticas relacionadas à boca, o que busca transcender e até reformular os limites clínicos da sua prática. É nesse contexto que as ações coletivas em saúde bucal serão revistas neste estudo, em perspectiva dessas ações, no processo civilizador assim como nos fala Norbert Elias. Para o descortinamento dessas ações, na perspectiva proposta, procedemos à análise de conteúdo pela óptica da obra Arqueologia do Saber de Michel Foucault (2009). Podemos inferir que, historicamente, a produção do cuidado em saúde bucal, bem como suas práticas clínicas (e mesmo quando elas se embasam pelos pressupostos da saúde coletiva), demonstram íntima e contínua relação de “civilizar” atos e ações da e para a sociedade. Na forma de discurso sem desvincular de um “como proceder na

sociedade”, as ações coletivas assumiram destacado papel nas práticas e na política de saúde bucal, desde a década de 1990, e mantêm-se como verdade inexorável, mesmo que evidências não biológicas (ressaltamos aqui os fatores de determinação social para doenças bucais) insistam em desmistificar tais práticas.

Palavras-chave: Ações Coletivas. Processo Civilizador. Saúde Bucal. Cultura e Saúde.

ABSTRACT

Oliveira MA. The civilizatory perspective of the collective actions in oral health [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2014. Versão Corrigida.

In recent years we have found studies and research in the health field that dialogue with other areas of knowledge such as the Social Sciences and Humanities. This growing interest , both in their theoretical assumptions as in their research methods , underlie the theories of Public Health from the fields of knowledge and underpin their reference in the Social and Human Sciences, Epidemiology, Science Policy, Planning and Management Sciences. The Health Collective has its work object - the health and disease process - discussed and put into reflection also from the social relations and discuss different explanations of this process shall seek to understand phenomena before exclusively biological in its social aspects, emphasizing the social determinants of health and disease, emphasizing its social, political, class aspects, incorporating subjects and their ways of living . It is therefore within this theoretical framework that the Oral Health falls, with the proposal of knowledge production that combines a practical knowledge of health and disease that goes beyond the biological view of illness and seeks to rewrite their practical assistance and care process that dentistry as a profession and social practices , centralized as well as public policy dictated . We can say that public health dentistry think of all the actions and practices related to the mouth, which seeks to transcend and even reshape the boundaries of their clinical practice. It is in this context that collective actions in oral health will be reviewed in this study, from the perspective of these actions in the civilizing process as Norbert Elias tells us. For the unveiling of these actions within the proposed approach, we carried out a content analysis from the perspective of the work The Archaeology of Knowledge of Michel Foucault (2009). We can infer that, historically, the production of oral health care, as well as their clinical practices (and even when these assumptions underlie the collective health), demonstrate a close and continuing relationship "civilize" the acts and deeds and to society. As a speech and not an unlinked "how to proceed in society", the collective actions taken important role in the practical and oral health policy since the 1990s and remains

inexorable truth even if no biological evidence (we emphasize here the factors of social determination for oral diseases) insist demystify such practices.

Keywords: Collective actions. Civilizing Process. Oral Health. Culture and Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CPO-D	Cariados, Perdidos, Obturados - Dentes
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSE	Programa Saúde na Escola
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Ao chegar ao final deste caminho não pude deixar de refletir sobre onde tudo começou. Foi aqui na FOUSP – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – que iniciei minha formação e os primeiros contatos com outros olhares, outros ângulos, de um formidável caleidoscópio que é ser um profissional que trabalha diretamente com pessoas, com gente.

Aqui na FOUSP tive meu primeiro contato com uma, posso dizer, paixão da minha vida: o trabalho – como profissional de saúde – em contato com povos e culturas tão diferentes, aqui mesmo no Brasil.

Foi através do saudoso professor José M. Hirata que, pela primeira vez, fui ao Parque Indígena do Xingu – PQXIN. Professor do Departamento de Prótese da Faculdade, Hirata mantinha um grupo de alunos e recém-formados da FOUSP, que fazia visitas nos períodos de recesso escolar e férias ao Parque Indígena, com o objetivo de realizar ações tanto clínicas como preventivas aos povos indígenas lá residentes. Essas visitas eram feitas em conjunto com alunos e formados do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP, que iniciou seus trabalhos no parque a convite de Orlando Vilas Boas, quando ele era diretor do PQXIN. Apesar de nossa memória acumular tantas emoções ao longo da vida, essa é impossível esquecer, o momento em que o avião bimotor pousou no PQXIN e vi tantos olhares curiosos, tantos sorrisos, tantas crianças a nossa volta, tantas pessoas diferentes, a disposição das casas, a língua diferente, a curiosidade de ambos os lados.

Essa inquietação e a busca de outra maneira de ser, como profissional formada em Odontologia, levou-me a morar posteriormente em Roraima, na década de 80, e trabalhar junto aos Yanomamis, um dos maiores grupos indígenas residentes ao norte do Estado, e que vivem na floresta Amazônica.

Agora, formada já por cinco anos, fui morar em Boa Vista/RR, para integrar uma equipe de saúde composta por dois médicos, auxiliares de campo e eu como cirurgiã- dentista. Na época, fui à primeira cirurgiã dentista a viajar para todas as áreas indígenas Yanomamis, com meu ‘aparato odontológico’, cadeira e

equipamento portátil, motor a gasolina, pois não havia energia elétrica nos postos indígenas, e permanecer na área indígena quinze dias, um mês, o tempo necessário, ao contrário das equipes volantes de saúde (EVS) da Fundação Nacional do Índio – Funai, que realizavam ‘visitas’ de um dia em cada posto indígena. Enfim, levava tudo o que precisava para a assistência clínica, e mais do que isso, levava a certeza que era conhecer aquele povo, aprender sua língua, conhecer seus mitos e modos de viver, estabelecer um diálogo.

Desde aquela época já buscava intuitivamente novo modelo de atuação junto a esses povos, um modo de atuar que fizesse a diferença ao longo do tempo em que trabalhasse junto a eles, pois não queria simplesmente chegar às aldeias, realizar em dois dias exodontias e ir embora, como as EVS, e nem era a proposta da entidade em que trabalhei, cujo objetivo era realizar ações de vacinação, demografia e assistência a saúde em todo o território indígena, em convênio com a Funai.

A preocupação em compreender seus modos de vida, em como ajudá-los no que me cabia, como profissional, sedimentou aos poucos em minha formação essa procura por nova forma de trabalhar, como profissional de saúde bucal.

A saída dessa atividade não aconteceu de forma espontânea, e sim de ações do governo da época, que proibiu a continuação do trabalho de várias entidades na área indígena, ao mesmo tempo em que acontecia invasão de garimpeiros em busca de ouro na região do Paapiú, território Yanomami. Essa invasão durou anos; e, além da violência entre índios e garimpeiros, a malária tornou-se endêmica e provocou a morte de muitos índios.

Voltando a morar em São Paulo, reiniciei minha vida profissional em UBS - Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo, bem como mantive a inquietação sobre como atuar de forma mais ampla junto à sociedade.

Após integrar-me ao programa Saúde da Família, em São Paulo, tive a oportunidade de realizar especialização em saúde da família e, posteriormente, o mestrado em saúde coletiva, estudos que trouxeram conhecimento mais formal para perguntas que trazia em minha mente.

No mestrado realizei pesquisa sobre cuidados bucais com os Guarani Mbyá de Ubatuba/SP, experiência como pesquisadora muito enriquecedora; primeiro por poder conhecer outro povo tão diferente e tão, digamos, ‘excluído’, uma vez que percorre no imaginário ocidental que índio é apenas aquele que vive nu na floresta; segundo, por ter a oportunidade de conhecer um povo com cultura tão forte. Isso tudo reforçou em mim a certeza de que o profissional de saúde precisa estar com olhos, mente e coração abertos para quem quer que seja: Guarani, Yanomami, ou jovens da periferia de uma grande metrópole.

Outro aspecto importante foi o trabalho como pesquisadora: aprender métodos, enfrentar dificuldades do campo, refletir e analisar sobre o material obtido; tudo foi um aprendizado.

Agora, já voltada para a cidade em que vivo, a atuação como profissional de saúde bucal que atua na periferia da cidade de São Paulo, o desejo de esmiuçar novas possibilidades de atuação no campo das ações coletivas levou-me ao doutorado, com o intuito de aprofundar conhecimentos teóricos.

Esse pensamento acompanhou-me durante a pesquisa do doutorado, apesar da preocupação em trabalhar na interface do campo teórico das Ciências Sociais e Humanas e o da Saúde, a possibilidade de um novo olhar, de nova reflexão do nosso campo de trabalho foi o fator propulsor deste estudo.

Ao longo desse percurso conseguimos descortinar tantos modos de ser e estar em sociedade, tantas alterações e modificações nos modos de viver. Com isso, vejo que podemos ser um profissional que, antes de elencar o que o Outro necessita, procure conhecer esse Outro, aceite a diferença, procure conhecer, enfim, esse sujeito diante de nós, em sua totalidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 Cultura e Civilização 19
1.2 *Kultur* 20
1.3 O civilizar dos costumes 21
1.4 Boca civilizada 27
1.5 A civilização dos cuidados corporais 29
1.6 Corpo e cultura 30
1.7 Limpeza corporal 34
1.8 Limpeza bucal 36
2 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO 40
3 MATERIAL E MÉTODO 41
4 BREVE HISTÓRICO DOSMODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL 46
5 AS PROPOSTAS DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL E O PROCESSO CIVILIZADO 54
5.1 Promoção em saúde 54
5.2 Olhar o outro, relação dialógica 57
5.3 Manias odontológicas? 60
6 AS AÇÕES COLETIVAS NA ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM OLHAR A PARTIR DO PROCESSO CIVILIZADOR 65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 71
REFERÊNCIAS 75
ANEXO 81

1 INTRODUÇÃO

Se é verdadeiro que desde há muito tempo pode ser observado estreita relação entre campos do conhecimento distintos, como são as Ciências Naturais e as Sociais, é fato que, nos últimos anos, encontramos cada vez mais estudos e pesquisas da área da Saúde que dialogam com outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais e Humanas. No Brasil, esse interesse crescente, tanto em seus pressupostos teóricos como em seus métodos de pesquisas, tem como ponto principal ter fornecido a base teórica da Saúde Coletiva. Essa base epistemológica, que tem como campo de conhecimento e diálogo os referenciais das Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia, Ciências Políticas e Planejamento e Gestão, teve seu objeto de trabalho – o processo saúde e doença – discutido e pensado, pois este se dá no âmbito das relações sociais e passa, portanto, pelos diversos campos de conhecimento (Minayo, 2008; Nunes; Barros, 2009).

A Saúde Coletiva, ao discutir diferentes explicações sobre o processo saúde-doença, passa a procurar entender fenômenos, antes exclusivamente biológicos, em seus aspectos sociais, e dá ênfase à determinação social da saúde e da doença, ressalta esses fenômenos em seus aspectos sociais, políticos, de classes, bem como incorpora os sujeitos e seus modos de viver (Minayo, 2008; Nunes; Barros, 2009).

É nesse arcabouço teórico que a Saúde Bucal Coletiva se inscreve e tem como proposta de produção de conhecimento a prática que conjuga o conhecimento do processo saúde-doença, no caso relacionado à boca, e ultrapassa a visão biológica da doença e suas práticas de assistência, que a Odontologia centraliza, como profissão e prática social. Ou seja, a saúde bucal coletiva pensa na totalidade de ações e práticas relacionadas à boca que transcende o limite da assistência clínica (Narvai, 2006; Botazzo, 2013).

Neste breve resumo do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, gostaríamos de enfatizar particularmente o eixo interdisciplinar entre Saúde e Ciências Sociais e Humanas, pois esse é o elemento norteador do propósito desta análise, visto que, ao nos propormos compreender as ações de saúde sob um olhar

oriundo das Ciências Sociais e Humanas, procuramos com isso ampliar os estudos na área da Saúde (Bucal) Coletiva.

A proposta desta pesquisa parte do conceito de processo civilizador instituído por Elias (1993), do conceito de bucalidade proposto por Botazzo (2006) e procura compreender como essas ideias podem contribuir para a melhoria das práticas de promoção e prevenção em saúde bucal. Por meio desses conceitos podemos ampliar nosso olhar para o outro, para diferentes grupos sociais.

Para Elias (1993), o processo civilizador deve ser entendido como teoria da civilização ocidental – processo de longa duração, iniciado pela aristocracia europeia nos séculos XII e XIII, que acabou por resultar na profunda alteração dos modos de ser nos indivíduos: moderação dos costumes e controle dos impulsos, tanto no mundo público como nos espaços privados. Para Elias, o processo civilizador exerceu ampla pressão sobre os indivíduos, o que produziu[1]: "uma transformação de toda a economia das paixões e afetos rumo a uma regulação mais contínua, estável e uniforme dos mesmos, em todas as áreas de conduta, em todos os setores de sua vida" (Elias, 1993, p. 202).

Por outro lado, consideramos fundamental para as análises deste estudo o conceito de bucalidade, uma categoria que pode ser apreendida como tradução dos trabalhos bucais: a manducação, a linguagem e a erótica, ou seja, as dimensões de vida do homem em sociedade, a produção social da boca humana, quer seja no consumo do mundo no plano material (manducar), produção e consumo de palavras (linguagem) e produção de atos bucais sexuais (erótica) (Botazzo, 2006).

A partir dessas questões é que procuramos compreender como os cuidados bucais podem ser pensados no contexto do processo civilizador. Para efeito argumentativo, faremos breve reconstrução dessas duas categorias de análise, centrais na arquitetura desta investigação.

---

[1] sobre a obra de Norbert Elias, Ribeiro destaca: 'com efeito, muitas questões que se consideravam menores, por exemplo a etiqueta ou das boas maneiras adquiriram, graças ao uso que Elias fez da idéia de 'processo',um sentido[...]se não articularmos cada elemento da cultura humana, se não engatarmos o que à primeira vista aparece descontínuo e mesmo, com frequência, estranho, absurdo, jamais entenderemos o que os homens produzem e como eles vivem. Norbert Elias adota, assim, como ideia-chave, a tese de que a condição humana é uma lenta e prolongada construção do próprio homem (Ribeiro, 1993, p. 9)

1.1 Cultura e Civilização

A noção de cultura é parte fundamental no campo do conhecimento das Ciências Sociais. A partir desse conceito é que se pode pensar que, mesmo atividades tidas como naturais no ser humano, tais como comer e dormir, são permeadas e interpretadas pela cultura.

O conceito de cultura muda com o tempo: se, no início do século XIII, a palavra cultura era utilizada conforme seu significado originário do latim – cuidado dispensado ao gado ou ao campo – seu significado passa ao longo dos séculos para o significado de ação, ou seja, o fato de cultivar, indo a seguir para metáfora (cultura da terra para cultura de espírito). Esse conceito de cultura, no sentido figurado, começa a existir a partir do século XVIII, na França, e é sempre seguido de algum complemento: cultura das artes, cultura das letras, entre outros.

Para os pensadores do Iluminismo, o conceito de cultura em oposição à natureza é fundamental: “para eles, cultura é a soma dos saberes acumulados e transmitidos pela humanidade, considerada como totalidade, ao longo da história” (Cuche, 2002, p. 21).

Ao longo do século XVIII, a palavra cultura passa a significar e associar-se à ideia de educação. É vista como progresso, o qual nasce da instrução, da cultura. Nesse período, ela está bem próxima de outra palavra: “civilização”. No século XVIII, as duas são associadas ao mesmo significado, porém não equivalentes. Enquanto “cultura” está associada ao progresso individual; “civilização” está associada ao progresso coletivo.

Segundo Cuche (2002), o primeiro a definir etnologicamente cultura foi Edward Burnett Tylor (1832-1917). Dessa forma, cultura é a expressão da totalidade da vida social do homem. A discussão da época passou entre a utilização do termo cultura e civilização, com preferência à palavra cultura, já que o termo civilização remete à constituição de cidades e não se aplica para a descrição das sociedades ditas “primitivas”.

O termo civilização, neste período, altera-se do conceito inicial (refinamento de costumes) para significar o processo que tira a humanidade da irracionalidade e da ignorância. Para Elias (1993), o conceito de civilização é amplo e pode referir a tecnologias, costumes, tipo de habitações ou maneiras como o homem vive – o que confere o diferencial dessa sociedade:

> [...] o conceito explica a consciência que o Ocidente tem de si mesmo [...] ele resume tudo em que a sociedade ocidental dos últimos dois ou três séculos se julga superior a sociedades mais antigas ou a sociedades contemporâneas "mais primitivas". Com essa palavra, a sociedade ocidental procura descrever o que lhe constitui o caráter especial e aquilo de que se orgulha: o nível de sua tecnologia, a natureza de suas maneiras, o desenvolvimento de sua cultura cientifica ou visão do mundo (Elias, 1991, p. 23).

Elias (1993), propõe a seguinte questão: se uma pessoa que vive em nossa época fosse transportada até tempos passados em sua própria sociedade veria um modo de vida bem diferente do seu, alguns costumes causariam asco, outros estimulariam sua curiosidade e até atração. Encontraria, em suma, muito daquilo que vê em sociedades atuais que considera não civilizada. As perguntas que o autor faz: como ocorreu essa mudança, esse processo "civilizador" do Ocidente? Em que consistiu? Quais são as forças motivadoras e suas causas? Mais do que julgar as mudanças de comportamento da sociedade europeia, o autor busca destrinchar como elas ocorreram, como os indivíduos alteraram seus modos de vida e configuraram a sociedade ocidental.

1.2 *Kultur*

Inicialmente Elias (1993) examina os diferentes significados da palavra **civilização**, na Alemanha e França. O conceito de "civilização" terá diferentes significados para ingleses e franceses, por um lado; e para os alemães, por outro. Enquanto para os primeiros significa orgulho pelo progresso do Ocidente e da humanidade; para os alemães, a palavra *Zivilisation* significa algo de útil, mas de segunda classe, corresponde à superfície da existência humana. Para eles, a

palavra que define o orgulho de suas realizações é *Kultur*, que aparece na língua alemã, no século XVIII.

Nessa época, a aristocracia alemã falava francês e procurava reproduzir os modos de vida daquela corte; ao passo que a população falava a língua alemã, o que não era bem visto pela corte. A *intelligentzia*, que englobava intelectuais, professores e clero, valorizava os feitos regionais, a língua, em contraste com a classe nobre, governante que menosprezava a língua alemã e as atitudes das regiões e valorizavam o modelo francês. Essa diferença de atitudes entre as classes sociais é que constitui o contraste entre *Kultur* e *Zivilization* na Alemanha.

Se, para ingleses e franceses, o conceito de civilização traduz a função expansionista de grupos colonizadores, *kultur* dá ênfase às diferenças nacionais, porque para os alemães as diferenças regionais foram superadas para formar um Estado nacional, muito mais tarde, em comparação a ingleses e franceses.

O que fica claro é que, por mais que ingleses e franceses enaltecessem sua civilização, e alemães fizessem o mesmo com o conceito de *kultur*, o fato é que todos consideram que a sua é a maneira de ver o mundo.

Com a discussão sobre as maneiras da corte, Elias (1993) discute, então, o conceito de *cortesia*, um conjunto de práticas e modos de ser em sociedade, justamente oriundo da Corte, das práticas de sociabilidade entre os membros da aristocracia.

1.3 O civilizar dos costumes

Cortesia são modos e atitudes valorizadas e reproduzidas nas cortes, nas quais o mais importante são modos e costumes entre a nobreza, ou seja, a classe governante. Tanto cortesia como civilidade são conceitos precursores do conceito de civilização.

A discussão sobre civilidade e cortesia, em “O processo civilizador”, inicia-se com a apresentação que Elias (1993) resgata um livro de Erasmo de Rotterdam, que inclui boas maneiras e modos de se portar a um jovem príncipe.

Publicado em 1530, “*De civilitate morum puerilium*” (Da civilidade das crianças), Erasmo de Rotterdam discorre sobre tema muito simples: o comportamento das pessoas em sociedade e, acima de tudo, “do decoro corporal externo” (Elias, 1993). Mais do que expor ou discutir modos e costumes da época, o que Elias traz é o desnudamento de como ações e costumes alteraram-se de acordo com mudanças na sociedade, tanto aristocrática como das classes burguesas, que gravitavam em volta da corte.

Segundo o autor:

> [...] conceitos como *politesse* ou *civilité* tinham, antes de formado e firmado o conceito *civilisation*, praticamente a mesma função que este último: expressar a auto-imagem da classe alta européia em comparação com outros, que seus membros consideravam mais simples ou mais primitivos, e ao mesmo tempo caracterizar o tipo especifico de comportamento através do qual essa classe se sentia diferente de todos aqueles que julgava mais simples e mais primitivos (Elias, 1993, p. 71).

Segundo Elias (1993, p. 65) a obra de Erasmo “fala de muitas coisas que desde então se tornaram impublicáveis e de muitas outras que hoje são aceitas como naturais”, por exemplo, durante a refeição:

> [...] “você talvez queira oferecer a alguém de quem gosta a carne que está comendo. Evite isso, não é muito decoroso oferecer a alguém alguma coisa semimastigada. Mergulhar no molho o pão que mordeu é comportar-se como um camponês e demonstra pouca elegância retirar da boca a comida mastigada. Se não consegue engolir o alimento, vire-se discretamente e cuspa-o em algum lugar.” (Elias, 1993, p. 71).

Os primeiros manuais de decoro são explícitos quanto às maneiras que a sociedade deveria reprimir, como:

> [...] não soltar gases do corpo quando em companhia de outras pessoas’, ‘não avançar no prato durante a refeição’ [...]’ se o indivíduo se assoa com dois dedos, alguma coisa cai no chão, ele deve pisá-la imediatamente com o pé. O mesmo se aplica ao catarro (Elias,1993, p. 71).

Nas publicações posteriores de outros autores, as orientações não são mais explicitadas. Vemos já um início da mudança de comportamentos, pois até mesmo falar tão explicitamente de certas atitudes corporais já existe uma injunção, já não se fala abertamente sobre certas atitudes corporais e de comportamento como antes.

Assim, se para nossa sociedade, ao ler tais detalhes choca e, no dizer de Elias, torna-os impublicáveis, o autor reitera:

> [...] rastreando a transformação de conceitos através dos quais diferentes sociedades procuraram se expressar, recuando do conceito de civilização para seu ancestral civilité, descobrimo-nos de repente na pista do próprio processo civilizador, da mudança concreta no comportamento que ocorreu no Ocidente. E um dos sintomas do processo civilizador é ser embaraçoso para nós falar ou mesmo ouvir muito do que Erasmo diz. O maior ou menor desconforto que sentimos com pessoas que discutem ou mencionem suas funções corporais mais abertamente [...] é um dos sentimentos dominantes no juízo de valor 'bárbaro' ou 'incivilizado' (Elias,1993, p. 72).

Os escritos de Erasmo e de outros autores da época trazem ricos exemplos dos procedimentos culturais que imprimem 'um modo de comportar-se' em cada indivíduo. As regras de etiqueta e a educação das crianças variam em seu tempo e na história do processo civilizador; entretanto, de um modo ou de outro, estão sempre presentes e ilustram a forma como as normas e os procedimentos sociais estão a serviço das relações dos homens em sociedade.

Aqui podemos relacionar com Durkheim (1858-1917) pois para este, através da educação é que ocorre a introjeção da disciplina na subjetividade dos indivíduos, pois seria função da educação inculcar regras que tornam possível a sociabilidade, a convivência social.

Afirma o autor:

> toda a educação consiste num esforço contínuo para impor as crianças maneiras de ver, de sentir e de agir as quais elas não chegariam espontaneamente [...] desde os primeiros anos de vida, são as crianças forçadas a comer, beber, dormir em horas regulares; são constrangidas a terem hábitos higiênicos, a serem calmas e obedientes; mais tarde, obrigamo-las a aprender a pensar nos demais, a respeitar usos e conveniências (Durkheim, 2007, p. 5).

Para Elias (1993) o indivíduo está ligado a uma espécie de rede com e na sociedade, as alterações que acontecem fazem com que aconteçam modificações no trato com o outro e, com isso, o indivíduo precisará ter mais aproximação, mais interdependência com o outro; disso decorre o controle de pulsões e paixões, mais ainda o autocontrole, apresentado desde a primeira infância.

O autor destaca que, na Idade Média, outras instituições sociais têm papel importante no controle dos impulsos da criança e é somente após a ascensão da burguesia que:

> [...] a família vem a ser a única instituição com a função de instilar controle dos impulsos. Só então a dependência social da criança face aos pais torna-se particularmente importante como alavanca para a regulação e modelagem socialmente requerida dos impulsos e emoções (Elias, 1993, p. 142).

O processo de controle dos impulsos é condicionado através de sua associação aos sentimentos de embaraço, medo, vergonha e culpa, de modo que o comportamento desejável “pareça à mente dos indivíduos resultado do seu livre arbítrio e de interesse de sua própria saúde ou dignidade humana” (Elias, 1993, p. 153).

O desenvolvimento dos sentimentos de vergonha, repugnância ou economia das pulsões, não é feito de maneira harmoniosa e tranquila. Para Elias (1993), esses sentimentos são automatizados nas pessoas desde a infância e, apesar desse treinamento, o indivíduo tem, em sua forma natural, pulsões e paixões latentes.

O ponto principal para Elias (1993) é que, quando acontece uma mudança de costumes, esta se inicia na classe alta, atitude que tem por efeito manter a distância das classes sociais mais baixas, e que, todavia, com o passar do tempo tende, não raro, a ser incorporada por diferentes classes sociais, incluindo as classes “subalternas”.

Ao longo do tempo esses novos padrões passam a ser inconscientes, como uma segunda natureza, que é o que Elias (1993) chama de mudança na estrutura da personalidade. Além disso, o autocontrole tem papel cada vez maior, comparado ao controle externo.

O processo civilizador é visto como dinâmica, que pressupõe alterações nas relações de poder e controle dos indivíduos, altera a relação de interdependência e possibilita a consolidação dos controles estatais. Essa interdependência dos indivíduos é conhecida como configuração.

Assim, cada ação individual depende de uma série de outras que, por sua vez, modifica a própria figura do grupo social, tanto na dimensão micro quanto na macro. Essa reprodução exige equilíbrio das tensões: seu rompimento produz nova configuração com outro equilíbrio de forças; que, assim, provocam novas configurações sociais.

A estrutura do comportamento civilizado está inter-relacionado com a organização do Estado, ou seja, mudanças nos sentimentos de vergonha e delicadeza mudam o padrão que a sociedade exige e proíbe. É possível observar que a monopolização do uso da força física por meio do Estado teve estreita relação com a alteração dos processos de autocontrole dos indivíduos, pois em uma sociedade com o poder central fraco o controle é menor, as pessoas não se contêm; se existe poder central forte, todavia, as pessoas são compelidas a conviver em paz, com mais tolerância, e o uso da força torna-se prerrogativa dos que representam a autoridade governamental, ou o Estado, propriamente.

Segundo o autor:

> [...] assim como a monopolização da força física reduz o medo e o pavor que um homem sente do outro, mas, ao mesmo tempo, limita a possibilidade de causar terror, medo ou tormento em outros, e, portanto, certas possibilidades de descarga emocional agradável, o constante autocontrole ao qual o individuo está cada vez mais acostumado procura reduzir os contrastes e mudanças súbitas de conduta e a carga afetiva de toda auto-expressão. (Elias, 1993, p. 202).

O fundamental nessa teoria é que o indivíduo e a sociedade estão em relação dinâmica, e as alterações dos processos de autocontrole dos indivíduos estiveram relacionadas a processos de mudanças nas configurações sociais (de nobres guerreiros para monarcas absolutistas e destes para burgueses). Elias (1993) apresenta essa dinâmica de relações e alterações como processo, não visto como ‘evolução’ – no sentido que essa palavra traz –, e sim como rede na qual os modos e

costumes de viver são alterados em conjunto com as alterações sociais (novas classes sociais, novas relações econômicas).

Assim como o conceito descrito por Elias (1993) para a economia das pulsões, temos também em Freud (2011) uma análise importante sobre o indivíduo e a civilização.

Para Freud (2011), a civilização é construída a partir do fato de que o desejo da comunidade sobrepõe-se ao desejo individual. Segundo o autor, “tal substituição do poder do indivíduo pelo da comunidade é o passo cultural decisivo.” (Freud, 2011, p. 40).

O resultado deve ser um direito para todos que desejam viver em comunidade mesmo sacrificando seus instintos.

Afirma o autor em “O mal estar da civilização”:

> [...] em tudo o que segue me atenho ao ponto de vista de que o pendor a agressão é uma disposição de instinto original e autônoma do ser humano, e retorno ao que afirmei antes, que a civilização tem aí o seu mais poderoso obstáculo. No curso desta investigação, impôs-se-nos a idéia de que a cultura é um processo especial que se desenrola na humanidade, e nós continuamos sob o influxo desta idéia (Freud, 2011, p. 40).

Freud (2011), mais uma vez faz uma pergunta crucial:

> [...] de que meio se vale a cultura para inibir, tornar inofensiva, talvez eliminar a agressividade que a defronta?” [...] o que sucede nele, que torna inofensivo o seu gosto em agredir? (Freud, 2011, p. 68).

Segundo o autor, a agressividade é introjetada, internalizada. Com isso, afirma, a agressividade é voltada para si, contra o próprio Eu e, além de introjetar essa agressividade, o indivíduo faz isso porque existe a necessidade e a valorização de viver em comunidade, em sociedade (Freud, 2011).

Elias (1993) e Freud (2011) realizam cada qual, em sua particularidade de estudo, uma análise da civilização ocidental e suas transformações. Se o primeiro introduz o conceito de ‘civilizar’ dos costumes e a imbricação com a transformação social, através dos séculos; o segundo, a partir da análise da sublimação da

agressividade dos instintos, avalia como essa sublimação foi canalizada para a formação da sociedade, e como pode causar doenças psíquicas nos indivíduos.

Destacamos, neste estudo, o conceito fundamental de Elias (1993) que é a configuração, a partir da qual, para ele, o ser humano é interdependente e sua vida desenvolve-se nas figurações sociais formadas um com os outros. Desse modo, compara-a a uma dança, que para acontecer uns precisam dos outros; e as figurações alteram-se consequentemente. Na sociedade também existe essa mudança, às vezes rápida, às vezes gradual.

1.4 Boca civilizada

Partindo desses conceitos, procuramos compreender os modos como os cuidados corporais e, mais especificamente, os cuidados bucais acontecem na sociedade contemporânea.

Mas, o que é uma *boca*? Ou, como intempestivamente perguntou Botazzo (2013a, p. 91):

> É possível afirmar um objeto tão insólito quanto este denominado boca? O que ele significa exatamente ou que rede de significações se entrecruzam neste território peculiar?

Ao realizar reflexão entre o conceito de Elias e os cuidados corporais e bucais, questiona o autor:

> [...] a boca é sempre um lugar pejado de vergonha e pudor. Se efetivarão os discursos odontológicos sobre a boca sem que esse discurso possa ser, ele mesmo, negado e em seguida instaurado como processo civilizador, a boca como território de um consumo? Não serão o fio dental, a escova, o creme fluoretado, o espelho, um juízo de si, uma vontade do cuidado, elementos todos a serem vistos como insumos de civilização? Não haveria aqui a formação de um elemento psíquico poderoso vinculado e conexo a esse processo? Não seria porque tudo o que dela sai deve ser civilizado, pleno de cultura, de significações, de símbolos e representações? Seria, então, possível dizer que todo nosso esforço dá-se no sentido de controlar-lhe as funções, civilizando-a? (Botazzo, 2013a, p. 117).

Podemos pensar nas configurações propostas por Elias para os cuidados bucais? Os cuidados bucais, tão enfatizados pelo discurso odontológico, são dispositivos de controle para “civilizar” as funções bucais?

Mais do que as teorias científicas, essas funções são a representação social do homem em sociedade. A bucalidade é arranjo metodológico que nos propicia reflexão sobre o ‘civilizar dos costumes’, tal como foi descrito por Elias, pois como afirma Kovaleski et al. (2006, p. 93) “A boca que falamos é a boca social, a boca que fala, que geme, que ri e que canta. A boca se comunicando com o mundo”.

O conceito procura compreender a produção da subjetividade da boca, isto é, *procura a dimensão civilizatória do que é bucal*.

Se se trata de trabalhos bucais, como poderiam ser caracterizados? Seriam apenas apreendidos como manifestações da fisiologia? Não, seguramente, pois como afirma Botazzo (2006, p 13):

> [...] esses três trabalhos são na realidade três dimensões da vida do homem em sociedade, e então seria da produção social da boca humana que deveríamos falar, e já vemos o quanto se acha penetrada pela cultura e pelo psiquismo.

O fato de explicitar três funções aparentemente tão evidentes que são o ato de mastigar e deglutir alimentos, os atos amorosos e sexuais, e a nossa fala, nossa linguagem, nossa comunicação com o mundo, traz para o profissional de saúde uma nova proposta de olhar todo o processo saúde e doença bucal.

Trata–se de ter a dimensão do homem por inteiro, e esse homem em relação à sociedade em que vive. Sabemos que todas essas funções estão carregadas de códigos sociais, culturais e simbólicos, trabalhando na fronteira entre razão e desejo (Botazzo, 2006, p. 13).

Pensar no homem por inteiro, formado por códigos corporais e sociais, situado no processo civilizador, evidenciando o autocontrole de suas pulsões com a bucalidade, ou a produção social da boca humana, traz à tona mudanças sociais, relacionadas a cuidados bucais, tanto os impostos pelo poder do Estado, como os fortalecidos pela sociedade, moldados e ressurgidos como costumes aceitos ou não.

Para Botazzo (2013a, p. 117):

> É no processo civilizador que se instauram dispositivos de controle dos modos de comer, a disposição no leito, o controle dos odores, a deposição dos seus excretas, a efetivação da sua limpeza.

Vimos que, através desse longo processo que Elias (1993) classifica como civilizador, a sociedade ocidental alterou costumes e hábitos, todos relacionados a alterações importantes do ponto de vista do poder político (da aristocracia para a burguesia), como também a alterações importantes dos modos de viver.

1.5 A civilização dos cuidados corporais

Uma das características marcantes no conceito proposto por Elias (1993) remete à economia das pulsões e a autocoerção de hábitos e costumes.

Entendemos aqui por economia das pulsões, a disciplina instaurada no individuo em hábitos e desejos mais básicos do ser humano. Temos como definição de pulsão:

> [...] um processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, falta de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu alvo é suprimir o estado de tensão que reina na fonte punsional; é no objeto ou graças a ele que a pulsão pode atingir seu alvo. (Laplanche; Pontalis, 1991, p. 506).

Elias, utiliza em passagens em sua obra, o termo pulsão como sinônimo de instinto, e expressa as necessidades básicas humanas entre as quais a agressividade, que devem ser reprimidas a medida que o processo civilizatório altera as relações sociais.

Outra característica é o fato de que hábitos e costumes são moldados de cima para baixo, isto é, inicialmente as elites culturais e econômicas alteram seu

comportamento e, depois, esse costume é apreendido pelas classes sociais desfavorecidas. À medida que acontece a ascensão de determinada classe, no exemplo citado por Elias, quando a burguesia tem ascensão social em detrimento da aristocracia, existe uma apreensão dos hábitos da classe dominante, porém esses hábitos tendem a ser mais rigorosos, menos equilibrados (Elias, 1993).

As atitudes corporais e de fala são meios de diferenciação social em todas as sociedades e também nas sociedades ocidentais. Além do mais, essas alterações são passadas de geração para geração e influenciam todos os modos de vida, mesmo os mais cotidianos, como cuidados corporais, arquitetura e disposição das habitações entre outros.

Por outro lado, a bucalidade propõe e vincula a experiência do sujeito em sua totalidade e não apenas como experiência dentária, ou seja, o sujeito com todas as suas determinações, limitações e possibilidades.

Com isso, propõe-se pensar no homem por inteiro, vinculado a sua classe social, seu modo de vida, seus valores e sua cultura.

Tendo esse olhar, podemos pensar – como profissionais de saúde – em um diálogo, não para inculcar comportamentos mais aceitáveis, e sim, reconhecer a diferença e estabelecer acordo coletivo.

1.6 Corpo e cultura

Pelo percurso deste estudo, vimos que os cuidados corporais são fruto de determinada época, cultura, e sociedade. O corpo tem a dimensão do sentido, ele é moldado, modelado pela cultura e passível de leituras diferenciadas, de acordo com o contexto social, portanto é reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos ou estéticos no comportamento humano. O corpo humano é concebido socialmente, e a representação social do corpo proporciona uma das inúmeras vias de acesso à estrutura de uma sociedade particular (Rodrigues, 1983).

A análise das representações sociais do corpo possibilita entender a estrutura de uma sociedade, a partir de características morais, intelectuais e físicas por ela privilegiadas.

Sabemos que cada sociedade, e igualmente cada grupo ou estrato social, elege e valoriza certas atitudes para o indivíduo nela inserido. Existem atitudes inerentes a todo ser humano, mas o significado cultural é que dita o pertencimento ou não ao grupo. Exaltar ou inibir determinados impulsos dita normas em relação ao corpo, normas que o indivíduo tende a conformar-se, eventualmente, à custa de castigos e recompensas.

Assim, pode ser valorizado (ou não) o corpo obeso; posturas corporais distintas; marcas e signos corporais, como perfurações em orelhas, lábios, boca, dentes, órgãos genitais; enfeites; tatuagens; utilizados por homens ou mulheres; seja em determinadas classes sociais, seja em determinadas fases da vida conforme o grupo social a que pertence. Ao corpo, portanto, aplicam-se crenças e sentimentos que estão na base da vida social.

O corpo porta em si a marca da vida social, nos mais diversos âmbitos, uma vez que a sociedade imprime nele determinadas transformações.

Se considerarmos todas as modelações que sofre, constataremos que o corpo é

> [...] pouco mais que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias disposições: formas nas quais a sociedade projeta a fisionomia de seu próprio espírito (Rodrigues, 1983, p. 62).

Cada sociedade, de acordo com sua visão de mundo, delineia um saber sobre o corpo: seus elementos constitutivos e suas performances, aos quais confere sentido e valor. Nas sociedades tradicionais – ou mais antigas – o corpo não se distingue da pessoa. O homem, a natureza, o cosmo, são feitos da mesma matéria prima. A concepção moderna do homem, pelo individualismo, dá-se no Renascimento. Essa concepção traz mudança à sociedade ocidental, quando o indivíduo passa a dizer ‘meu corpo’, segundo o modelo de posse (Le Breton, 2012).

Le Breton (2012), ao analisar a noção de corpo na modernidade, retrocede à época medieval e ao início do Renascimento para explicar que, nesses períodos, a representação do corpo era voltada a aspectos da sociabilidade. Sobre essas épocas, o autor retrata as tradições burlescas e de festas populares, nas quais corpos se misturavam indistintamente. No dizer do autor:

> [...] o que a cultura popular da Idade Média, e do Renascimento, recusa é justamente o princípio de individuação, a separação do cosmos, o alheamento do homem e de seu corpo. (Le Breton, 2012, p. 47).

Ainda nessa análise, Le Breton (2012) descreve a transformação da geografia do rosto, segundo a mudança de representação do corpo e o conceito de indivíduo, iniciados no Renascimento:

> [...] a boca deixa de ser aberta, *gourmande*, lugar de apetite insaciável ou dos gritos da praça pública; ela se torna agora tributária de significação psicológica, expressiva à imagem das outras partes do rosto. Verdade única de um homem único, epifania do sujeito, do *ego cogito*. O corpo da Modernidade deixa de privilegiar a boca, órgão da avidez, do contato com os outros pela palavra, o grito ou o canto que a atravessa, a bebida ou a comida que ela ingere. [...] a axiologia corporal se modifica. Os olhos são os órgãos beneficiários da influência crescente da 'cultura erudita'. (Le Breton, 2012, p. 63).

Assim, mesmo com a alteração do conceito de indivíduo, como membro inseparável da comunidade, do corpo social; ainda assim, ele se torna um corpo exclusivamente seu. Como afirma Le Breton:

> Nossas concepções atuais do corpo estão ligadas ao avanço do individualismo, enquanto estrutura social, à emergencia de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza, ao recuo progressivo das tradições populares locais, e ligadas ainda à história da medicina, que encarna em nossas sociedades um saber, de certa forma, oficial sobre o corpo. (Le Breton, 2012, p. 9).

Com isso, o corpo passa a ser uma fronteira de um homem em relação ao outro.

Foucault (2012) discute como o corpo foi disciplinado ao longo do tempo para que se tornasse dócil e submisso. Assim foi possível que se organizasse no espaço

que habita, na relação com os objetos, como também na relação com os outros corpos que o rodeiam. “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis.” (Foucault, 2012, p. 127).

A forma da disposição desses corpos no espaço em que se encontram, seja no trabalho, nas escolas ou em qualquer outro ambiente social, permite que esse corpo, uma vez vigiado e modelado, possa ser influenciado ou até mesmo coagido, de modo a entrar em consonância com o ponto de vista de determinada sociedade. Assim, o corpo (sentimentos, estilos de movimento, padrões de reação e saúde) não é apenas uma realidade individual governada por leis biofísicas próprias e pelos efeitos das peculiaridades. O corpo também é fruto das ideologias à volta dele (Foucault, 2012). É importante ressaltar que Foucault, discute essa disciplinarização dos corpos, dentro da lógica do sistema capitalista, desde o surgimento da sociedade industrial, seus modos de produção, onde a existência de corpos dóceis e disciplinados são essenciais para a produção capitalista.

Uma das características principais do capitalismo é o trabalho e a capacidade do homem em produzir riquezas. Para que esta produção seja o mais eficiente os corpos e as atividades humanas devem ser disciplinados.

Le Breton (2011) ao analisar o corpo construído na sociedade contemporânea, ou - se podemos dizer -, na pós-modernidade afirma que o indivíduo pensa o corpo como material, suporte e veículo da pessoa, e com isso o concebe como matéria imperfeita, corrigível; o corpo tornou-se acessório, prótese.

> [...] o homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar sua aparência, ocultar o envelhecimento ou fragilidade, manter sua “saúde potencial”. O corpo é hoje um motivo de apresentação de si (Le Breton, 2011, p.30).

O homem contemporâneo busca superar fragilidades e imperfeições ligadas à condição corporal, e as novas tecnologias com seus discursos e suas experiências sonham com um corpo biônico, perfeito e controlável (Le Breton, 2011).

1.7 Limpeza corporal

As construções culturais referentes a: limpeza, higiene, morte e vida são questões que cada sociedade valoriza, normatiza e controla. A noção de higiene está presente, de uma forma ou de outra, em todas as culturas. Suas normas variam de uma sociedade para outra, assim como quais partes do corpo devem ser protegidas. A esse respeito podemos citar Freud (2011, p. 38) quando o autor afirma que “beleza, limpeza e ordem ocupam um lugar especial entre as exigências culturais.”.

Na Roma Antiga, na Grécia, são conhecidos os banhos e termas públicas, onde pessoas de uma posição social mais destacada se encontravam. A conotação do banho não estava ligada à oposição “limpo e sujo”, tal como conhecemos atualmente, e sim a um prazer social.

Na Grécia, o banho era recomendado em água corrente e fria; posteriormente em água tépida, obtida pela mistura de água quente e fria. A partir do século V, as casas possuíam banheiras retangulares, e o uso dos banhos quentes apareceu gradualmente nos costumes, com a particularidade de que o sinônimo de ‘ir jantar’ era ‘ tomar banho’.

Quando acontecia um banquete, o ritual consistia em um escravo lavar os pés do convidado, que se descalçava ao chegar à casa do anfitrião. Apesar da difusão do uso de banho quente, a maioria dos gregos, principalmente em Esparta, considerava o banho frio o mais importante, por acreditar que o calor “amolecesse” a pessoa; desse modo, poderia indicar sinal de ociosidade e frouxidão (Bonnet, 1998, p. 134).

Em Roma, além de ocorrerem em balneários públicos, os banhos existiam também nas casas, em ‘salas de águas’, geralmente ao lado da cozinha. Nos primeiros séculos, eram recomendados a cada oito dias, enquanto braços e pernas deveriam ser lavados todas as manhãs. As casas de banho, já existentes no século III, e com água quente, eram imensas construções complexas, que representavam lugares sociais, em nada comparados às termas do final do Império (Bonnet, 1998, p. 142).

Também no início da Idade Média, o banho era público sem conotar limpeza e sim prazer e sociabilidade. A maioria da população, assim como os senhores feudais, morava na zona rural, onde os banhos eram realizados em rios e riachos – sem conotação de limpeza e sim como parte de festejos populares. Nos castelos, já existia o costume de lavar as mãos antes das refeições, como gesto de delicadeza e não de limpeza ou purificação.

Na Inglaterra, em 1399, Henrique IV criou a 'Ordem do Banho', que era praticado antes da cerimônia em que se era armado cavaleiro. Após o fortalecimento de instituições como a Igreja, o banho, principalmente o banho público passou a ser considerado algo pecaminoso, e foram progressivamente eliminados da vida social (Rodrigues, 2008).

Em fase posterior, no século XVII, a limpeza corporal passou a ser realizada pelo que se chamava 'banho seco', durante o qual mãos e rosto eram limpos apenas com uso de um pano, naturalmente seco. Essa era uma norma de limpeza da época, que priorizava a limpeza de partes do corpo expostas ao contato social (Rodrigues, 2008).

No final do século XVIII e no século XIX, com o aumento das cidades e as transformações sociais, com as novas classes de trabalhadores que se atulhavam nas cidades, ao tempo que o campo começava a ser esvaziado, as instituições estatais começaram a promover a realização de banhos para os trabalhadores.

O banho era público e em nada se parecia às termas do passado:

> Eram utilitários e nada festivos. Os banhos tinham duração predeterminada, estavam submetidos a regras estritas, que previam até a temperatura, a força dos jatos, o tempo e a quantidade de liberação da água (Rodrigues, 2008, p. 169).

Portanto com as alterações nos modos de vida, o aumento da população urbana, a instauração de uma nova ordem de higiene apareceu em conjunto com essas novas transformações sociais. Com essas preocupações e vigilância o surgimento das descobertas de Pasteur, no século XIX, e as novas teorias, trouxe uma nova ordem higienista, a higiene tornou-se uma espécie de guerra aos micróbios. De início, o asseio corporal era realizado em hospitais, hospícios, navios,

lugares fechados onde a nova ordem de asseio poderia ser verificada e ‘testada’. A higienização de presos, loucos e banidos foi um passo para a implantação dessa nova ordem.

Também os colégios tinham começado a ensinar as alunas a serem ‘limpas’ e transformaram-nas em instrumentos de uma nova reprodução de sensibilidade corporal (Foucault, 2012).

O pressuposto teórico das novas teorias microbianas trouxe uma espécie de fundamentação objetiva: daí em diante o perigo está lá fora! A partir deste ponto, as técnicas de asseio e desinfecção receberam justificativa para que a limpeza e o asseio fossem implantados nas diferentes classes sociais, particularmente nas menos favorecidas. Não é diferente do que se refere à boca e seus cuidados.

1.8 Limpeza bucal

A limpeza da boca sempre foi preocupação de todos os povos e em diferentes épocas. Assim como a limpeza corporal passou por várias conotações, o mesmo aconteceu com a limpeza dos dentes e da boca.

Se, como vimos com Le Breton (2012), em diversas sociedades mais antigas, o homem não separava seu corpo, de sua visão de mundo e lugar, há inúmeros exemplos de como isso se demonstrava também com os cuidados bucais e a posição da boca em relação a sua visão de mundo.

Exemplo disso é a descrição dos costumes dos Dogon e Bambara, do oeste africano, segundo Zahan[2] (1969 apud Bonnet, 1998, p. 177): Enviar o ano e referência do Zahan para inserir em nota de rodapé.

> A primeira limpeza do dia é a da boca. Nenhuma saudação, nenhuma atividade, se pode realizar antes deste gesto purificador. A boca humana é, por analogia, como ‘a boca do mundo’, que se abre todas as manhãs, ao nascer do sol, acima do horizonte. Simbolicamente, os dentes são como que ‘a repetição dos dias dessa grande boca’.

[2] Zahan D. La viande et la graine, Présence africaine. Paris: [s.n.]; 1969.

Por essa visão de mundo, eram comuns técnicas de alterações dos dentes, para dar à boca o aspecto das linhas do horizonte – pelas quais o sol se deslocava. Nesse código, observa-se o respeito pela palavra e pela limpeza da boca, dois aspectos considerados muito importantes. Nessa sociedade, relacionava-se o uso de substâncias nativas para limpar a boca como garantia do bom uso da palavra, pois esta devia vestir-se de virtude (Bonnet, 1998, p. 177).

Por essa descrição das técnicas ligadas à limpeza bucal e ao uso da palavra constata-se analogia aos nossos índios, em especial aos Guaranis-mbyá, em cuja cosmovisão o uso de belas palavras servem tanto para salvaguardar a unidade da comunidade, como para orientar sobre problemas relativos à saúde e doença de seu povo. Desse modo, nota-se como as diversas sociedades (ditas primitivas) mantêm a visão do corpo, seus cuidados ligados ao modo como veem o mundo.

Se a limpeza bucal é vista como inerente aos cuidados corporais, em todas as épocas encontramos instrumentos utilizados pelo homem para realizá-la.

Na Babilônia, no século 3.500 AC, em escavações na localidade de Ur, foram encontrados palitos de ouro – utilizados para limpar os dentes; no entanto, o que era de uso corrente eram palitos ou gravetos de árvores, encontrados em tumbas egípcias. Em Roma, também se usavam gravetos e, por volta de 100 DC, Plínio, o jovem, recomendava que não se utilizassem penas de corvo para confeccionar um protótipo de escova dental, pois causavam mal hálito, as mais indicadas eram as cerdas de porco-espinho.

Na China, além de gravetos e palitos, usava-se engenho semelhante à escova dental, feita de folhas e fios. Além desses, Maomé recomendava o uso de gravetos de plantas aromáticas para melhorar o hálito e clarear os dentes.

Na Antiguidade, eram usadas as mais variadas plantas, areia e até urina, para limpar os dentes e melhorar o hálito. As primeiras escovas, utilizadas pelas classes altas, eram feitas de pedras preciosas no cabo e fios de pelos de animal. A escova, como a conhecemos hoje, foi feita inicialmente na Inglaterra, por Addis, em 1780, durante sua prisão. Combinava cabo de osso com pelos introduzidos em buracos feitos na outra extremidade. Somente a partir de 1880, é que as escovas passaram

por inovações: com o uso de plástico para a confecção do cabo e, posteriormente, o celulóide, a partir de 1900 (Barros et al., 2001).

Verificamos, pois, que o cuidado bucal é contemporâneo com os cuidados do corpo, como já afirmou Botazzo (2000). E segundo o autor:

> [...] Se há repartição no que toca aos cuidados gerais haverá também com relação aos cuidados bucais; eles são como formas das prescrições do mundo.

Para além do histórico de como os diversos povos da antiguidade preocuparam-se em realizar a limpeza bucal, e mesmo confirmando que os cuidados bucais fazem parte dos cuidados do corpo, e sob o olhar do processo civilizatório, compreendermos como este se dá, pelo simples fato das primeiras escovas serem utilizadas pelas classes altas em detrimento das classes mais baixas, podemos refletir sobre as formações discursivas sobre a boca.

Para Rodrigues (1983, p. 153):

> [...] a boca conota proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas, razão por que qualquer contato com ela adquire, de imediato, dimensões exageradamente marcadas, sobretudo se se tratar de um contato proibido. A boca é uma espécie de ponto de equilíbrio de todo o sistema de aceitação/recusa.

Para Botazzo (2000), existe “uma má vontade, um não à vontade, que se instala entre pessoas quando se tratam dos discursos acerca da cavidade bucal” (Botazzo, 2000, p. 41).

Silveira (2008) também seguirá essa linha de raciocínio, ao afirmar que os profissionais de saúde bucal constroem isoladamente suas práticas, mesmo no âmbito das ações de saúde coletiva.

> É como se ações de saúde bucal não se refletissem sobre os demais segmentos do corpo [...] e tampouco a boca se beneficiasse das ações de saúde geral, seja da clinica, na prevenção de doenças ou na promoção da saúde (Silveira, 2008, p. 37).

Com isso, os profissionais de saúde bucal cada vez mais se distanciam dos outros profissionais de saúde e cristalizaram práticas restritas à saúde da boca. Como reflexo desse distanciamento está o desinteresse que os profissionais de saúde e gestores demonstram à saúde bucal e às práticas e discurso (Silveira, 2008).

Botazzo (2006), ao analisar os trabalhos que exercemos com a boca, a saber, a manducação, o erotismo e a linguagem, propõe o conceito de bucalidade, conceito este que trabalha com a perspectiva de pensar a boca não apenas como órgão mas um território, um espaço, um lugar e não apenas uma massa tissular com função única.

Ao pensar em território, em consumo do mundo, pensamos em subjetividade, em sujeitos em produção. Podemos pensar não apenas em órgão mastigatório, mas um território do corpo que também ali produz subjetividades – nos corpos das pessoas, no sujeito, dono de si.

A Política Nacional de Saúde Bucal, ao reafirmar os princípios do SUS, propõe forte desafio que é reformular a prática da Odontologia.

A partir disso podemos pensar: em que medida a Saúde Bucal Coletiva pode levar a essas mudanças pretendidas? Estariam apenas reafirmando práticas tradicionais?

2 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO

O objetivo deste estudo é compreender a relação das ações coletivas em saúde bucal e o processo civilizador.

Propõe-se a compreender como os cuidados bucais podem ser analisados no contexto do processo civilizador, proposto por Norbert Elias, em sua obra “O processo civilizador” (volume I e II, 1991 e 1993, respectivamente).

3 MATERIAL E MÉTODO

O caminho que pensamos trilhar para a realização desta investigação tem filiação e identidade com a metodologia – teoria e técnicas - da pesquisa qualitativa. Apesar de ser modelo com ampla tradição na pesquisa científica, sempre é importante enfatizar sua natureza. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa evoca o estudo da história, das relações, das crenças, das percepções, produtos da interpretação que o homem faz a respeito de como vive, sente e pensa. A pesquisa qualitativa evoca, na maioria das vezes, o estudo com grupos, segmentos de grupos sociais focalizados, de histórias sociais segundo os entrevistados, de suas relações, além de análise de discursos e documentos.

No caso do presente estudo pretendemos realizar pesquisa de tipo documental, que alguns autores denominam pesquisa bibliográfica. Tal modalidade de pesquisa desenvolve-se a partir do levantamento de leis, decretos e outros documentos oficiais, e pode utilizar também outras fontes, tais como jornais e revistas, publicações de qualquer tipo, imagens fotográficas e documentação visual. Além disso, pretendemos utilizar formulações teóricas de autores que se acercaram do tema, e neste sentido incluiremos um conjunto de referências teóricas presentes em livros e capítulos de livro, ensaios e artigos científicos. Genericamente, e numa concepção foucaultiana, serão aqui considerados documentos

O uso da pesquisa documental permite observar o processo de maturação ou evolução de indivíduos, grupos, comportamentos e práticas. Esta se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. O pesquisador, quanto utiliza documentos, organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; elabora sínteses; enfim, ao trabalhar com documentos, o pesquisador está impregnado de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (Sá-Silva et al., 2009).

Podemos nos perguntar: afinal, o que é um documento? Segundo o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivista do Arquivo Nacional, documento é qualquer registro de informação, independentemente de formato ou suporte utilizado para registrá-la.

Os documentos podem ser considerados fonte natural de informações, à medida que, por terem origem em determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre o respectivo contexto.

A escolha dos documentos não é processo aleatório, e sim deriva da razão de propósitos, ideias ou hipóteses. Nesse aspecto, é importante situar o enfoque dado à utilização de documentos, segundo a área de conhecimento, neste caso, a História.

Antes, a historiografia era conhecida como 'história positivista', ou escola metódica, já que vinculava documentos, principalmente os oficiais, enumeração de datas históricas, biografias de homens importantes e relatos dos vencedores. Em contraposição a esse modo de estudar a História, surge no final dos anos 1920, na França, a *Escola dos Annales*, criada por Marc Bloch e Lucien Febvre em torno da publicação *"Annales d'Histoire Economique et Sociale*".

A Escola dos *Annales* propôs apreender fenômenos de longa duração, denominação que deram às transformações das 'mentalidades', do imaginário dos homens através da história. Com isso, essa escola procurou integrar – ao estudo clássico da história – instrumentos e documentos relacionados a outras áreas das Ciências Sociais.

Foucault (2009), em *A Arqueologia do Saber,* partilha de certa forma dessa visão da história daqueles pesquisadores. Apesar de não se considerar seguidor dessa escola, reconheceu a importância desse novo método de analisar dados historiográficos, dada a preocupação da escola em preocupar-se com a desconstrução do discurso historiográfico oficial.

Pretendemos utilizar o conceito de *documento* de Foucault (2009), descrito em *A Arqueologia do Saber*, como ponto de partida para a pesquisa. Dirá o autor a esse respeito:

> [...]a história mudou sua posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no seu interior e elaborá-lo (...) o documento, pois não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações (Foucault, 2009, p. 7).

Se antes, para os historiadores, o documento era algo dado, pronto; para o autor, é preciso que se mude essa postura e questione-se o termo.

Para Foucault (2009), a historiografia metódica transforma grandes feitos do passado em eventos importantes, em documentos oficiais (livros, textos, registros). Daí, destacamos que o que verdadeiramente importa é saber como o discurso isola temas, objetos e constitui os conteúdos. O historiador deve analisar a formação discursiva e localizar os objetos de saber. É importante ressaltar que, para Foucault, a história não é uma ordem progressiva de acontecimentos contínuos e que é preciso reconhecer rupturas e relações de força. O autor ressalta o olhar do pesquisador ou do historiador deve voltar-se para as margens dos acontecimentos, as bordas, o avesso do que é apresentado.

O trabalho da Arqueologia é descobrir os vínculos, levantar os véus que encobrem os nexos e as articulações que determinam, mais que a emergência das disciplinas – a medicina, a psicologia, a economia, por exemplo – a formação dos campos de saber, a emergência das ciências e a formação dos objetos (Botazzo, 2000).

Os documentos utilizados para este estudo foram selecionados por pesquisa em páginas eletrônicas como www.scielo.org, www.bireme.br, www.saude.gov.br, www.saude.sp.gov.br, nos quais pudemos obter documentos e leis na íntegra. Procuramos principalmente os documentos oficiais, relativos às propostas de ações coletivas em saúde bucal. Nesses termos, a pesquisa – que utiliza documentos, como material – propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (Sá-Silva et al., 2009).

Ao realizar buscas nas principais plataformas, como www.scielo.org e www.bvssalud.org, e utilizar palavras-chave como: “ações coletivas em saúde bucal”, “promoção de saúde bucal”, “educação em saúde bucal”, “escovação supervisionada” e “procedimentos coletivos”, encontramos inúmeros documentos entre artigos, teses e *links* de internet.

A busca no site www.bireme.br trouxe para a palavra-chave “promoção em saúde bucal” 2.334 resultados, entre 2011 e 2013. Para “procedimentos coletivos em

saúde bucal”, 39 resultados; “escovação dentária supervisionada” 78 resultados; “higiene bucal supervisionada” – 48; e para “educação em saúde bucal” 9.356 resultados. Desse total, cerca de 60% dos documentos são voltados para dados epidemiológicos, abordando majoritariamente os seguintes assuntos: cárie dentária e doenças gengivais; acesso a tratamento odontológico; a eles, segue-se o tema das ações preventivas em escolares, pré-escolares e adolescentes.

A discussão sobre a atuação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família é outro assunto que se destaca, além da abordagem sobre ações de promoção de saúde no âmbito familiar, ações para gestantes, capacitação para professores, análises sobre teoria da promoção em saúde bucal, e outros voltados para diferentes grupos étnicos.

Já no site www.scielo.org, para a palavra-chave “ação coletiva em saúde bucal” a busca não encontrou resultado; para “procedimentos coletivos em saúde bucal”, encontramos 1 artigo. Para “educação em saúde bucal”, nenhum resultado; enquanto para “promoção em saúde bucal” encontramos 6 artigos; do mesmo modo, para “escovação dentária supervisionada” não foi encontrado nenhum resultado, enquanto para “higiene bucal supervisionada” foram encontrados 5 resultados.

Dentre os estudos encontrados nessas buscas destaca-se a variedade de temas ligados a ações que, direta ou indiretamente e mesmo com forte distorção no seu conteúdo, são denominadas pelos autores como *ações de natureza coletiva* – desde o tipo de escova e quantidade de pasta, a ser utilizada, ao fato de o professor participar ou não das ações educativas em saúde bucal, estudos sobre práticas de escovação estas em relação à cárie dentária e à gengivite, atuação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, entre outros.

Com todo esse caminho sobre a formação de documentos, discursos e unidades, além de decretos e leis, (Anexo A) tomamos como base para nossa pesquisa os principais documentos sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, como também os Cadernos de Atenção Básica, tanto os que discutem a Saúde Bucal como o Programa Saúde na Escola (PSE).

Para a análise, utilizamos o referencial da análise de conteúdo, na perspectiva que destaca Moraes (1999):

> A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum. Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representando uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias (Moraes, 1999, p. 8).

Assim, para análise do material obtido, foi feita inicialmente a leitura flutuante dos documentos, como preconiza a análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2009) e, posteriormente, foram estabelecidas as categorias de análise, surgidas dessa leitura.

A técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem e reticências quanto nos conteúdos manifestos. Nessa modalidade, a comunicação, a fala humana permite ao pesquisador importante variedade de interpretação. O grande salto é como visualizar esses conteúdos objetivamente e, no campo simbólico, visualizar o que não está aparente na mensagem, ou no subtexto, no implícito. Quando realizamos a análise por temas, levamos em conta o uso de frases, parágrafos como unidades de análise (Campos, 2004).

As categorias a ser analisadas poderiam ser outras tantas concernentes à pesquisa qualitativa, porém optamos em procurar as regularidades dos discursos que tratam das propostas de ações coletivas em saúde bucal, e o referencial teórico se estriba em Norbert Elias, e sua teoria do processo civilizador, e no conceito de bucalidade de Carlos Botazzo.

4 BREVE HISTÓRICO DOS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Ao abordarmos a organização da atenção à saúde, no âmbito nacional, com destacado enfoque à Saúde Bucal, e esta nas atuais políticas públicas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, encontramos a Saúde Bucal como integrante da Atenção Primária da Saúde (APS) (Brasil, 2011).

A organização da atenção à saúde tem muitos desafios a superar; desafios que permeiam diferentes e convergentes setores da política de saúde, desde a necessidade de melhorar a assistência à saúde das pessoas como as ações e práticas públicas de promoção da saúde, entre outras. Assim como em todo o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1990 até hoje, inclusos entraves políticos e renovadas articulações tecno-políticas para sua consolidação. Ressaltem-se Normas Operacionais Básicas, Portarias e Decretos que, ao longo dos anos, têm formatado, tanto no plano técnico quanto no político, as ações em saúde no Brasil.

Por outro lado, as tecnologias aplicadas à saúde, como resposta institucional ao modelo de atenção proposto desde 2006 e ratificado em 2011, explicitado como modelo de atenção à saúde, norteia-se, no Brasil, pela Estratégia Saúde da Família (ESF) – e procuram efetivar ações que integrem as políticas de saúde na sua totalidade.

Ao tratarmos da Odontologia como profissão e também como política, ou uma bio-política – prática social dotada de historicidade, produto da ação política de homens concretos – podemos afirmar que está fundamentada na realização de procedimentos cirúrgicos e protético-restauradores, como são as próteses bucais, as restaurações dentárias diretas e indiretas com substâncias plásticas e, mais recentemente, os implantes dentários. Mas tais atos, para todos os efeitos, são atos tecnificados, ou seja, deles remove-se qualquer natureza humana que possa estar presente ou vir a intermediar a relação entre o paciente e o profissional, ou mais ainda, que os procedimentos técnicos odontológicos tenham uma natureza social (Iyda, 1998; Botazzo, 2000).

Desde os estudos clássicos de Paul Keyes e Robert Fitzgerald, na década de 1960, sobre a placa bacteriana e a correspondente formulação da cárie dentária como doença infecciosa e transmissível, um forte cunho preventivista e de vigilância à saúde bucal têm pautado a prática odontológica, conferindo às ações em saúde bucal, no âmbito público e também no privado, forte restrição na abrangência do diagnóstico bucal e a decorrente padronização de doenças bucais em apenas duas classes: cárie dentária e infecções gengivais.

Como é largamente admitido pelos autores, esses dois clássicos e os estudos posteriores sobre cariologia, nas décadas de 1970 e 1980, dentre outros os conduzidos por Anders Thylstrup e Ole Fejerskov, foram muito difundidos. Tornaram-se, nas décadas seguintes, determinantes tanto na formação acadêmica dos profissionais da Odontologia quanto na elaboração e na condução de programas de saúde.

Desde então, a prática odontológica firmou-se pelas ações abordadas a partir de um conceito biomédico de doenças que acometem a boca, convergindo para a eleição de um público que mais pudesse responder ao ideário preventivista e "educativo" dessas ações odontológicas. Ela é assim no cotidiano da prática e se expressa vigorosamente com estes componentes no setor público.

Parte dessa prática histórica pode ser ilustrada, segundo Vasconcelos (1984), pela constituição da Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no serviço sanitário para atender à população de escolares da rede pública estadual em 1932 – após a criação da Secretaria de Educação e da Saúde Pública paulista. Em 1947, instituiu--se a recomendação da criação nos centros de saúde de um "serviço de higiene bucodentária.

Segundo Martino et al. (2010), apesar do cirurgião-dentista não fazer parte nos serviços públicos de saúde de São Paulo, seus serviços em grupos escolares já eram subsidiados pelo poder público desde 1913 (Martino et al., 2010, p. 153).

Nesse período, e ainda no histórico dos modelos de atenção em saúde bucal no país, mesmo que a prática profissional buscasse desenvolver ações educativas, a realidade na clínica reproduzia, essencialmente, o que faziam dentistas nos consultórios particulares (Narvai, 2006; Botazzo et al., 2008).

Ainda neste breve recorte histórico, cabe salientar que em 1952 iniciou-se a implantação dos primeiros programas de “odontologia sanitária” pela Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), cujo alvo principal era a população em idade escolar. Foi nesse período, e a partir dessa organização da atenção para as questões abordadas naquela época para a saúde bucal, que se estruturou o sistema incremental – resumidamente um modelo que trabalhava com a proposta de ações curativas – e que, segundo Pinto (2000), pode ser caracterizado como método de trabalho que visa ao completo atendimento dentário de uma população ao eliminar necessidades acumuladas para, posteriormente, mantê-las sob controle.

Segundo Pires (2013), o sistema incremental surge como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática em contraponto ao sistema de livre demanda, utilizada pela odontologia nas décadas anteriores.

Apesar de a proposta abranger a comunidade, o sistema incremental viu-se reduzido a programa odontológico para escolares e tornou-se ineficaz, à medida que foi transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente (Narvai; Frazão, 2006).

Segundo Costa Silva et al. (2010), o sistema incremental introduziu nas escolas a educação sanitária, com influência eugenista, bem como a criação de técnicas de regulação e normatização que objetivou criar um sistema de hábitos higiênicos capaz de dominar, inconscientemente, a existência das crianças.

Com o Movimento da Reforma Sanitária que culminou na Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e porteriormente com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi definido nos artigos 197 e 198 (Brasil, 1988).

Alguns outros modelos de atenção para a saúde bucal emergiram, ao longo dos anos, mas foi a partir da implantação do SUS que a Saúde Bucal Coletiva buscou novos espaços de atuação, de crítica ao odontocentrismo e procurou modificar a visão odontológica do fazer em saúde.

Segundo Botazzo et al. (1988) a prática odontológica realiza a assistência à saúde bucal das pessoas. A ação clínica ocorre nos indivíduos, pois a doença, embora produzida socialmente, está obrigatoriamente localizada num corpo

biológico e não ‘na sociedade’. Por isso é importante que sejam organizados os sistemas de assistência às pessoas doentes. Eis, justamente, a essência da questão: a assistência odontológica (ou médica) às pessoas compreende ações clínicas e cirúrgicas restritas, limitadas ao atendimento individual. Essa é a prática odontológica. A atenção à saúde bucal compreende, por outro lado, as atividades de assistência individual; e implica, além disso, também em ação sobre as causas das doenças, sejam de que natureza for (biológicas, sociais, econômicas ou políticas) (Botazzo et al., 1988, p. 6).

Apesar do esforço em alterar e ampliar os modelos da atenção à saúde bucal, esta por muito tempo continuou centrada na atenção materno infantil, excluindo uma geração de pessoas necessitadas da atenção à saúde bucal (Botazzo et al., 2008).

Foi então a partir desse novo enfoque que a doutrina do SUS procurou trazer para as práticas em saúde bucal novo modelo de atenção, no qual – além da assistência e de ações curativas – buscou melhor elaborar e implementar propostas de natureza coletiva que incluíssem ações educativas, escovação supervisionada e aplicações tópicas de fluoretos; atividades executadas, principalmente, por equipes de saúde bucal e em espaços escolares para crianças na faixa etária de 6 a 14 anos.

Esses projetos de natureza coletiva foram denominados Procedimentos Coletivos (PC) e implantados pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991, instituídos pela Portaria n° 184 de 9 de outubro de 1991 (Brasil, 1991).

Suas atividades passaram a ser financiadas pelo Piso Atenção Básica (PAB) e integraram – com o número de primeira consulta em saúde bucal – os indicadores de saúde bucal que monitoram a eficácia dessas ações nos municípios (Brasil, 1991).

Para Werneck (1994), a introdução dos PC na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), SIA-SUS criou a possibilidade de um modelo assistencial com mais ênfase em ações preventivas. O mais importante, do ponto de vista político-institucional, foi permitir aos municípios a organização de seus programas com aumento de arrecadação mensal, com repasse “carimbado” que não

permitia que tais verbas fossem utilizadas para outros procedimentos pelos municípios.

Na corrente dos acontecimentos políticos e organizativos do SUS, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal, resultante de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentadas nas proposições de odontologia e de saúde coletiva, em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal (Pires, 2013).

Essa reorganização do modelo em todos os níveis de atenção compõe-se pelo desenvolvimento de ações inter-setoriais e tem o conceito do cuidado com base para reorientação do modelo (Brasil, 2004).

Os indicadores (1ª consulta odontológica e número de escovação supervisionada) constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica (Brasil, 2004).

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” - PNSB (Brasil, 2004), que integra o “Plano Nacional de Saúde. Um pacto pela saúde no Brasil” - entre outros, afirma que a atenção em saúde bucal no país deve envolver a reorientação do modelo e pautar-se na integralidade das ações de saúde bucal, em que se articule o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita

Para tais ações, a PNSB propõe, no elenco das medidas a serem empreendidas, as seguintes: fluoretação das águas, educação em saúde e higiene bucal supervisionada. Além disso, a PNSB destaca que tais ações devem ser desenvolvidas preferencialmente pela equipe de saúde bucal**,** visando autonomia e autocuidado, a aplicação tópica de flúor, para a prevenção e o controle da cárie nessas ações, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado) (Brasil, 2004).

Dessa forma, ao buscarmos autonomia e autocuidado, devemos desconstruir a visão naturalizada da doença e compreender a saúde bucal a partir dos modos de vida. Modos de vida que está incluído na teoria da determinação social do processo saúde-doença. Pois esta teoria dá ênfase explicativa no modo de vida, considerando

que nele estão englobados aspectos materiais como aspectos simbólicos de produção, consumo a qual cada grupo social está relacionado (Barata, 2009).

Como afirma Kovaleski et al. (2006, p. 99).

> [...] entendemos modo de vida a maneira como sujeitos se posicionam diante do mundo, na produção de sua existência. Mundo material, dialeticamente definido por um modo de produção da vida, estruturado e estruturante, a partir de um conjunto de regras, valores, hábitos e costumes historicamente definidos.

Contrapondo ao reducionismo dos modelos essencialmente biomédicos para as doenças, que reconhecem que elas acontecem apenas por fatores biológicos, numa relação causa-efeito, sem considerar outros determinantes que possam influenciar seu desenvolvimento, um novo modelo de atenção e de organização tecnológica da produção da saúde, no caso das doenças bucais, deve reconhecer que os fatores biológicos podem determinar seu aparecimento, e levam em conta também os determinantes sociais e culturais do processo saúde-doença.

Por outro lado, alguns autores, ao analisarem a clínica odontológica e mesmo a atuação nas práticas coletivas da Saúde Bucal, afirmam que o indivíduo que está sob cuidados do profissional de Odontologia, nas práticas das ações educativas em saúde bucal, é um sujeito passivo, infantilizado, que recebe orientações em uma relação única, ou seja, do profissional que “sabe” para o indivíduo “ignorante” (Souza, 2004; Kovaleski et al., 2006; Botazzo et al., 2008).

Botazzo (1999), ao discutir as ações de natureza coletiva, conceitua-a como expressão de relações políticas que se estabelecem entre os vários atores sociais. O que difere drasticamente das ações controladoras, direcionadas a certos grupos populacionais, como a saúde pública organiza desde seus primórdios.

Como afirma o autor:

> [...] penso ações de natureza coletiva em saúde como parcerias, penso grupos em dinâmica, a desmonopolização do conhecimento, a politização dos nexos, a interdisciplinaridade, o reconhecimento do outro (Botazzo, 1999, p. 221).

Por essa óptica, o Relatório Científico do “Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva” (Botazzo et al., 2008), recomendava uma inovação para a promoção da saúde bucal, ao avaliar o potencial de mobilização social e política das práticas educativas, e enfatizar a participação de usuários e a possibilidade e capacidade desses autores sociais na formulação e na implementação de políticas de saúde.

É importante ressaltar que a implantação dos Procedimentos Coletivos (PC) e, posteriormente, das ações coletivas em saúde bucal, foi saudada como importante ação em oposição ao modelo centrado no atendimento individual, focado apenas na assistência e com ênfase no aspecto biológico da doença.

Apesar das propostas institucionais, revisões sistemáticas da literatura têm reafirmado a baixa força de evidências quanto ao impacto de intervenções, preventivas e educativas, convencionais no campo da odontologia (Kusma et al., 2012).

Para Pauleto et al. (2004), os principais programas educativos em saúde bucal precisam ultrapassar o paradigma comportamentalista, ancorado em abordagem higienista e individualista da prevenção. Devem-se construir métodos mais dialógicos e construtivistas, que substituam a atitude normativa e modeladora de comportamento por atitude de emancipação, que valorize a interação entre pares, a reflexão, o protagonismo dos alunos e a busca de parcerias (escola, universidade, serviços de saúde, organizações não-governamentais). Desse modo, pode-se pensar em continuidade dos programas e promoção do empoderamento da comunidade.

Segundo Junqueira (2007), ao avaliar percepção, conhecimento, práticas em saúde bucal e prevalência de cárie em adolescentes do município de Embu das Artes (SP), não houve diferença entre os grupos que participaram ou não dos PC, quando crianças. A autora concluiu que os Procedimentos Coletivos não foram efetivos para impactar a média do índice de CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) de beneficiados, pois o valor foi estatisticamente igual ao CPO-D dos não beneficiados. É importante lembrar que o estudo foi realizado na cidade de Embu das Artes (SP), onde a água é fluoretada.

A mesma autora também concluiu que os PC não mostraram ser suficientes para superar os efeitos produzidos por outros determinantes do processo saúde-doença e causar impacto favorável à geração futura.

Considerada a importância das ações coletivas em saúde bucal, Botazzo et al. (2008) ressaltam que o desenvolvimento de programas de saúde bucal encontrou forte razão tecnológica ao início dos anos 1990, sobretudo a partir do marco teórico da Saúde Bucal Coletiva, desenvolvido em 1988, e a implementação, na atenção básica, dos procedimentos coletivos.

Ainda segundo esses autores, uma Política de Saúde Bucal consoante com os princípios do SUS implica considerar a relação com a sociedade organizada e apresenta desafios. Para superá-los precisamos de um movimento que promova a aproximação com a sociedade organizada, e evidencie seu caráter político, desde que incorpore nessa aproximação leituras consistentes da cultura e das redes intersubjetivas (Botazzo et al., 2008).

Botazzo (2013b), ao analisar as propostas políticas da odontologia sanitária, afirma que elas elegeram a educação dentária das pessoas (crianças e grávidas) como foco prioritário de intervenção no plano coletivo.

O autor afirma também que:

> [...] a lógica que rege a organização dos serviços e mesmo a do sistema de informação é ainda cárie – dirigida ou cárie –orientada, tanto no plano da promoção ou da prevenção quanto no da assistência, o que torna o lado coletivo da saúde bucal uma utopia distante (Botazzo, 2013b, p. 24).

Dessa forma, este estudo busca estabelecer as relações e/ou consequências que podem ser estabelecidas entre o processo civilizador da sociedade ocidental, conforme a teoria de Norbert Elias com a vigorosa adoção e implantação das ações coletivas, não só no ideário da saúde bucal coletiva, mas também das políticas de saúde bucal no país, principalmente na atual PNSB que traz na sua gênese a intenção de mudança de modelo de atenção para a saúde bucal no SUS.

5 AS PROPOSTAS DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL E O PROCESSO CIVILIZADOR

5.1 Promoção de saúde

Ao tratar das práticas em saúde bucal, modelos de atenção que buscam responder às questões de promoção de saúde são vistos, neste estudo, de forma crítica, e consideramos relevante a discussão conceitual sobre promoção da saúde.

O termo “promoção de saúde” foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1945 (Terris, 1992); e, posteriormente, por Leavell e Clark (1976), como um nível de atenção da medicina preventiva. Um dos enfoques atuais é feito em torno do processo saúde-doença-cuidado visando, principalmente, a ações para promover a saúde nos diversos setores da sociedade. Essa visão ocorreu, principalmente, após a constatação de que o modelo, centrado na atenção médica, não daria conta das necessidades em saúde, economicamente, e principalmente devido ao aumento das doenças crônicas e da idade da população em geral.

Apesar do conceito de promoção de saúde ser bem diferente do conceito de prevenção, ainda assim são confundidos entre si. Promoção de saúde define-se como medidas “que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais” (Leavell; Clark, 1976, p. 19; Terris, 1992, p. 34). Suas estratégias priorizam a transformação das condições de vida, trabalho, tendo valores como qualidade de vida, educação, cidadania, lazer e afins.

Já a prevenção em saúde trabalha com a ideia de ações antecipadas para evitar o surgimento de determinadas doenças. Segundo Czeresnia (2009) a base do discurso preventivista é o conhecimento epidemiológico, visando ao controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução de doenças degenerativas.

Prevenção e educação em saúde tomam por base a comunicação de informação científica e recomendações sobre mudanças de hábitos nos indivíduos e ou nas comunidades.

O conceito de promoção de saúde, tal como conhecemos, sofreu forte impacto do arcabouço político derivado do Relatório Lalonde, publicado em 1974. Marc Lalonde na época era o Ministro da Saúde do Canadá, e em seu relatório, também conhecido como informe Lalonde, explicitava a ideia de que as práticas e as escolhas individuais, não raro deletérias, eram determinantes do processo social do adoecimento e objeto da atenção dos serviços de saúde (Lalonde, 1981). Tais ideias influenciaram grandemente as políticas e as práticas de saúde nas décadas subsequentes, e mantiveram-se mesmo depois de desenvolvido e consolidado o conceito de promoção, tal como formulado, posteriormente, durante a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em 1986 em Otawa, largamente difundido com a divulgação da Carta de Otawa, e um pouco modificado nas Conferências posteriores na cidade de Adelaide (1988), Sundsval (1991) e Jacarta (1997) (Buss, 2000).

Para Buss (2000, p. 165):

> [...] a promoção de saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

A carta de Otawa propõe cinco campos de atuação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Para tanto, o campo de atuação passa necessariamente por uma ação integrada entre Estado, diferentes setores da sociedade, a comunidade e os indivíduos.

Se, por um lado, um dos eixos principais da promoção da saúde visa à autonomia dos sujeitos, a construção de conhecimentos e práticas levaria a uma autonomia regulada. Por essa perspectiva, enfatiza-se a responsabilidade do indivíduo sobre sua saúde e reduz-se a responsabilidade do Estado, com predomínio da alteração de hábitos e estilo de vida (Czeresnia, 2009).

Tal eixo trabalha basicamente na alteração de hábitos do indivíduo, a partir de campanhas educativas focadas em hábitos que ele deve alterar. Temos, como

exemplo, campanhas anti-fumo, dietas que restringem calorias e/ou açúcares, bem como dietas não cariogênicas. Existe, portanto, uma “culpabilização da vítima”, pois tais campanhas transferem ao sujeito a responsabilidade sobre sua saúde.

Para esse enfoque, fatores e condições que fogem de controle dos indivíduos estão fora das ações de promoção da saúde.

Por outro lado, o enfoque na promoção da saúde enfatiza a atuação de setores amplos, tanto da sociedade, como do Estado, para promover bem-estar voltado para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Há predomínio da qualidade de vida, orientada pelos determinantes das condições de vida e saúde na sociedade, como: educação, saneamento básico, trabalho, boa alimentação, tanto do indivíduo como da coletividade. Sob esse enfoque é preciso pensar em políticas públicas saudáveis e no fortalecimento de ações comunitárias.

Verdi e Caponi (2005), ao analisarem a promoção da saúde, enfatizam que esta é vista como modelo sanitário, caracterizado por elementos de natureza teórica, cultural e técnica, organizado em determinada sociedade e determinado momento histórico. As autoras destacam que esse modelo sanitário são construções sociais, resultado de relações de disputas e acordos entre segmentos da sociedade que confrontam interesses, valores e crenças.

Outro ponto importante, analisado por elas, refere-se ao fato de existir significativa produção acadêmica em relação à promoção da saúde, ao mesmo tempo em que existe a fragilidade de sua aplicação nas práticas de saúde.

Candeias (1997), a esse respeito, relata a dificuldade da aplicação dessas práticas no cotidiano, tanto das políticas, quanto das ações de saúde.

Para a autora, algumas experiências junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo oportunizaram análise das políticas de ação, no que concerne aos programas existentes. Os resultados apontam que a palavra educação, frequentemente mencionada em documentos oficiais, não passava de abstração incômoda e que autoridades administrativas fundamentavam ações no modelo biomédico centrado na doença e não na saúde (Candeias, 1997).

Para Czeresnia (2009, p. 44):

> [...] surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das praticas preventivas tradicionais.

5.2 Olhar o outro, relação dialógica?

Quando se pensa em ação ou trabalho de promoção de saúde, como as mencionadas no capitulo anterior, observa-se muita dificuldade de aplicação das propostas reais de promoção de saúde.

Assim, em relação aos documentos utilizados por esta investigação e ao método proposto para a análise de conteúdo, cabe inserir esta categoria: “olhar o outro” ou trabalhar com uma relação dialógica.

Uma tônica frequente, nos documentos, diz respeito a que todo profissional de saúde bucal – incluídos cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal – trabalhe em perspectiva de diálogo com o sujeito envolvido nas ações propostas de promoção e prevenção em saúde bucal. Nesse sentido encontra-se, por exemplo, na publicação do Ministério da Saúde, sobre Saúde Bucal, o Caderno de Atenção Básica nº 17, a seguinte afirmação:

> A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde/doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir para o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde/ doença, sua vida, com vistas à melhoria de sua qualidade de vida. (Brasil, 2006, p. 25).

No decorrer desse documento, o discurso enfatiza o diálogo, a importância em rever práticas pedagógicas com vistas ao respeito à individualidade, respeito à cultura local, de modo que a prática é construída em conjunto. Quanto ao detalhamento das ações educativas coletivas enfatiza-se, entre outros aspectos, ‘a

importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrício fluoretado e o uso do fio dental' (Brasil, 2006, p. 25).

Em outra publicação do Ministério da Saúde, sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), nota-se, inicialmente, um *mea culpa* do setor Saúde com a área da Educação, tal como ocorre no trecho da introdução do Caderno do PSE:

> [...] em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, centravam-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas deveriam ser saudáveis (Brasil, 2009, p. 12).

Por pretender atuar em diferentes campos da saúde (acuidade visual, nutrição, calendário vacinal, saúde bucal), o programa parte da proposta de entender o vínculo entre produção de conhecimento e o viver saudável, incluído o conceito ampliado de saúde na integralidade e na produção de cidadania e autonomia (Brasil, 2009).

No decorrer do documento encontramos a preocupação em realizar trabalho em parceria – Saúde e Educação –, com base na publicação do programa de Promoção de Saúde. Desse modo, visa-se ao trabalho conjunto com profissionais da educação e os das Equipes de Saúde da Família. Além disso, tal publicação, em outro trecho, reafirma que o ponto de partida para o trabalho de promoção de saúde com estudantes, professores e funcionários, é 'o que sabem' e 'o que eles podem fazer', a fim de desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2009).

Mais adiante, encontramos ações centradas na lógica da detecção precoce da cárie dentária, como atividade paralela aos programas preventivos e educativos, que fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde (Brasil, 2009).

O conjunto dessas ações é explicado em capítulo próprio, o qual apresenta as avaliações em saúde bucal dos escolares como atividades clássicas na Odontologia, por serem:

> [..] a possibilidade de reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados (Brasil, 2009, p. 64).

Esses documentos oficiais afirmam e reafirmam, em diversos trechos, a importância do diálogo, do respeito a culturas e saberes diferentes, da aplicação das propostas da teoria da Promoção da Saúde, no que se refere a promover saúde com foco em qualidade de vida e melhoria das condições da população, em detrimento da visão anterior, pela qual promover saúde requeria alterar hábitos, o que gerava culpabilização do indivíduo. Ainda assim, perdura uma incoerência, ou no mínimo, uma dificuldade em aplicar essa prática, no que diz respeito a ações coletivas em saúde bucal.

Autoras citadas anteriormente (Candeias, 1997; Verdi; Caponi, 2005; Czeresnia, 2009), já observavam a dificuldade de implantar ações, baseadas em promoção de saúde, sem confundi-las com ações preventivas, baseadas em alteração de hábitos.

Candeias (1997) refere a dificuldade em trabalhar com o conceito de promoção de saúde, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Essa afirmação registrou desconforto, pois – apesar dos esforços dos gestores ou de profissionais que apoiaram a elaboração dos documentos – o fato, é que as ações efetivamente realizadas ainda são unilaterais, baseadas no princípio de ‘ensinar ao que não sabe’, como notado em referências apresentadas.

Segundo Kusma et al. (2012), apesar de revisões sistemáticas da literatura apontarem a baixa força de evidências em relação ao impacto de intervenções educativas/preventivas convencionais, no campo da Odontologia; ainda assim boa parte das práticas relatadas como ‘promoção de saúde’ são limitadas a estratégias convencionais, centradas em palestras e na prática da higiene bucal supervisionada. Segundo os autores, essas práticas são paliativas em sua natureza, pois não produzem melhorias sustentáveis a longo e médio prazo na condição de saúde bucal da população (Kusma et al., 2012, p. 10).

E o que encontramos em todos os documentos é a reafirmação do propósito de promover saúde com foco na autonomia do sujeito, bem como em aceitar suas

diferenças. Na prática, entretanto – e isso pode ser verificado em pesquisas publicadas – trata-se de ação unilateral dos profissionais de saúde bucal, para que os indivíduos que a recebem modifiquem hábitos a partir de estratégias convencionais.

5.3 Manias odontológicas?

O fato é que, mesmo com o documento da Política Nacional de Saúde Bucal enfatizar em buscar novos modelos de atenção, baseados na intersetorialidade e na determinação social da saúde e doença; todavia, o que se evidencia nos mais diferentes documentos, são as ações coletivas centralizadas na escovação dentária. Aliás, como pudemos descrever na metodologia, o termo ‘ação coletiva’ não traduz toda a gama da produção cientifica relativa às ações de saúde bucal, uma vez que não encontramos tantas referências para esta palavra chave. Podemos entender esta dificuldade de localizar referencias bibliografias sobre o termo, já que ‘ação coletiva’ é um arranjo de gestão da Política Nacional de Saúde Bucal, pois estão incluídas neste arranjo ações educativas em saúde bucal, escovação dentária supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Na área da saúde bucal, um grande entrave estabelece-se quando verificamos, pelos modelos de atenção à saúde bucal historicamente constituídos, e também hoje, que as inúmeras variantes do processo saúde-doença das doenças bucais são desconsideradas, quando ações de promoção de saúde são propostas, e a abordagem ainda prioriza ações preventivistas centradas no indivíduo.

Podemos dizer que sua referência é calcada na teoria comportamentalista da promoção de saúde, baseada na modificação de hábitos. Ainda é muito presente e arraigada a crença de que basta transmitir uma informação sobre “fatores” que colocam a saúde bucal em risco para que aconteçam mudanças de comportamento (Moysés et al., 2008).

Sabemos que apenas essa ação não basta, pois o indivíduo, para mudar de comportamento, depende de fatores outros, como sociais e culturais de sua vida

coletiva, afora o fato de que ainda permanecemos sem saber o que seria da ordem do desejo que estariam a orientar tais “comportamentos”.

As ações em saúde bucal (coletivas ou assistenciais), na Atenção Básica, ainda estão fortemente centradas no conceito da biomedicina, cujo modelo é centrado na doença e no paciente, no indivíduo doente. No caso da saúde bucal, nesse modelo, apenas o fator biológico do aparecimento das doenças bucais é levado em consideração, desprezando-se os determinantes sociais para seu surgimento.

É fato que se deva pensar em cuidados em saúde bucal; as ações de promoção em saúde bucal, entretanto, são confundidas com ações preventivas e resumem-se a escovação supervisionada. A educação em saúde limita-se a novamente demonstrar a “correta” escovação dentária e, em algumas ocasiões, orientação de dieta.

Nesses estudos, trata-se o sujeito - quer seja adulto ou idoso, em grupos ou escolares -, como sujeitos passivos, que *a priori* não executam a higiene dental a contento.

Essa dificuldade dos profissionais de saúde bucal em lidar com o outro, em tratá-lo como sujeito dono de si, está de tal modo introjetada no profissional que – como afirma Botazzo (2006) – há um direcionamento do olhar apenas ao elemento dental e não ao sujeito em sua integralidade.

Esse direcionamento está presente em certa obsessão dos profissionais de saúde bucal, particularmente o cirurgião dentista, mas também na equipe de apoio (auxiliar e técnicos em saúde bucal), relativos à escovação dentária.

Segundo o dicionário de psicanálise Laplanche e Pontalis (1991), o quadro maníaco é uma forma de compulsão ou do comportamento compulsivo:

> Clinicamente falando, é o tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia. (Laplanche; Pontalis, 1991. p. 86).

Ainda segundo o dicionário temos:

> [...] no vocabulário freudiano *zwang* (compulsão) é utilizado para designar uma força interna imperativa. A palavra é empregada a maior parte das vezes no quadro da neurose obsessiva. Implica que o sujeito se sente constrangido por essa força a agir, a pensar de determinada maneira. (Laplanche; Pontalis, 1991, p. 86).

Será que não podemos encontrar certo reflexo dessa atuação na formação do cirurgião dentista? A formação desse profissional estabeleceu como mote principal a exclusividade do “saber escovar seus dentes”.

A Odontologia, na verdade, ensina o profissional a ser desse modo, centraliza na escovação a grande tarefa do cirurgião dentista – por consequência, os profissionais auxiliares repetem essa tarefa, já que aprendem com aqueles. Na verdade, desde a graduação a ênfase curricular nas práticas operatórias leva a dentarização do estudante (Botazzo, 2013b). Resulta, então, em maneira redutora do saber, já que o profissional pode ser mais do que isso, não precisa introjetar em sua formação essa necessidade imperiosa de cobrar do indivíduo a limpeza correta de seus dentes.

Botazzo (1999), ao refletir sobre o que é ação de natureza coletiva, traz um fator importante e crucial que é a expressão de relações políticas, trabalhar em parceria e, principalmente, o reconhecimento do outro. Essa reflexão traz uma renovação de trabalho, pois tem um significado profundo quando se propõe em trabalhar em parceria, em valorizar o outro com relações dinâmicas, pois podemos trabalhar em uma relação realmente dialógica, isto é, de diálogo, de saber escutar os indivíduos que são objetos de nossas propostas de ações de promoção de saúde.

A Odontologia, e diria também a Saúde Bucal Coletiva, demonstra dificuldade em superar o que chamamos de mania, que é destacar e enfatizar em todas as propostas de ações de promoção de saúde, e em todos os ciclos de vida, desde a gestante até o idoso, a escovação dentaria supervisionada. Temos, como exemplo, as seguintes afirmações: “estimular a escovação e o uso do fio dental visando o autocuidado” em todos os ciclos de vida citados no documento (Brasil, 2006, p. 58).

Encontramos no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (Brasil, 2004), integrado ao “Plano Nacional de Saúde - um pacto pela saúde no Brasil em que se destaca a preocupação em estimular a autonomia do indivíduo:

> A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde (Brasil, 2004, p. 9).

Um pouco adiante, no mesmo documento, encontramos “A higiene bucal é componente fundamental da higiene corporal das pessoas. Mas realiza-la adequadamente requer aprendizado.” (Brasil, 2004, p. 10).

Por mais que o documento estimule a autonomia dos indivíduos e faça recomendações para que o profissional de saúde bucal estimule essa busca, o fato é que a própria gestão institui como indicador de eficácia de gestão dos municípios o número de escovação supervisionada. Como desenvolver autonomia, respeito à cultura e subjetividade dos indivíduos, se é preciso estimular a realização do número de escovação supervisionada no total da população atingida pelas ações coletivas?

O documento da PNSB ainda afirma:

> [...] a atenção em saúde bucal no país, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á entre outros: [...] na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita.... [...] o elenco das medidas a serem empreendidas, compreenderá: a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, visando a autonomia e ao autocuidado, a aplicação tópica de flúor, objetivando a prevenção e o controle da cárie em ações coletivas, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado) (Brasil, 2004, p. 8).

Verificamos, nesse trecho, a preocupação da PNSB em reorientar o modelo de atenção em saúde bucal e a busca de autonomia e autocuidado das pessoas envolvidas.

Talvez, se pensarmos na prática corrente da saúde bucal, tendo em vista que se destaca pelo ideal de “mantenedora”, entenderemos que tal prática tem exercido controle sobre os corpos; então, veremos que também a Saúde Bucal Coletiva, ao enfatizar e criar mecanismos de controle sobre os municípios, como o financiamento das ações coletivas, também realizaria controle, mais do que corpos saudáveis, produzindo uma métrica para o autocuidado.

Entendemos a preocupação inserida na PNSB em reorientar o modelo de atenção em saúde bucal e sabemos que não é tarefa fácil já que tal reorientação depende e muito da formação profissional ainda no curso de graduação.

Apesar das propostas de alterações curriculares e da formação de um profissional que tenha mais abrangência em sua atuação, como profissional de saúde, ainda assim o cirurgião dentista, é formado tendo com foco principal no elemento dental (Botazzo, 2013a).

6 AS AÇÕES COLETIVAS NA ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM OLHAR A PARTIR DO PROCESSO CIVILIZADOR

Durante este percurso, a respeito dos cuidados bucais como processo civilizador, procuramos estender nosso olhar para as práticas sociais da saúde como fator desencadeante de novas ações e modelos de atenção.

Para tanto, buscamos no conceito de processo civilizador de Elias (1993), a base para esta discussão. O autor traz a questão do ‘civilizar’ os costumes, como um processo que altera não só o indivíduo, mas a sociedade em que ele vive, numa interdependência de fatores (controle e autocontrole de pulsões e valorização de determinadas atitudes em diferentes modos de viver).

Destacamos desse conceito a afirmação de que o controle dos impulsos pelo indivíduo decorre de processo associado a sentimentos de: vergonha, medo e embaraço; de modo que, na mente dos indivíduos, pareçam resultado do seu livre arbítrio (Elias, 1993).

Ao realizarmos uma reflexão sobre como cuidados corporais e bucais emergem, em diversos momentos da política de saúde bucal no Brasil, podemos perceber que uma recorrente forma de ‘civilizar’ os cuidados bucais continuamente perpassa o ideário das ações coletivas, tanto no que se refere ao uso de escova ou pasta, como também a reafirmação, por parte da Odontologia, de que paciente/população não sabe usar corretamente artefatos de higiene bucal e, portanto, quase que de forma messiânica, os profissionais dessa área (tanto cirurgiões dentistas quanto equipe de saúde bucal – Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal) devem reforçar, insistir e controlar (não esqueçamos das evidenciações de placa bacteriana) a qualidade dos cuidados da boca.

Freitas (2008, p. 212) lança um iluminado olhar sobre essas questões:

> [...] a visão odontológica trabalha, predominantemente, com aspectos como: a doença é multifatorial e de fluxo unidirecional: ou seja, o individuo só pode caminhar da saúde para a doença e nunca ao contrário. [...] as estratégias preventivas se dão [...] por campanhas educativas, que propõem o ensino da higiene oral e dos fatores etiológicos, da mudança de hábitos e comportamentos dietéticos, sempre com uma abordagem isolacionista [...] com aquilo que chamei de "concepção odontologizada do mundo" "ainda por esta concepção [...] há um entendimento [que] o preço da liberdade é a eterna vigilância. Que liberdade? A de ter saúde bucal. Qual vigilância? A da placa bacteriana dental e do consumo de açúcar. O que é eterno? Visitar o dentista com regularidade, escovar os dentes quase que de forma neurótica, comer menos açúcar do que pede a nossa felicidade.

A esse respeito, ao pesquisarmos sobre cuidados bucais com um povo indígena Guarani Mbyá, residentes no município de Ubatuba-SP, temos um relato significativo sobre cuidados corporais e bucais e a utilização da escova:

> As pessoas mais velhas com que conversei relataram que continuam com o banho na cachoeira, também contaram de modo tranqüilo que lavam os dentes lá, usando a mesma expressão que se usa para limpar o corpo não existindo a separação dos cuidados de limpeza do corpo. Lava-se o corpo, lava-se a boca. Os mais jovens também relatam que quando eram pequenos lavavam a boca. O lugar de primeiro contato com a escova e pasta dental é na escola. Miguel também afirma ..." quando eu tinha 8, 9 anos nem sei, não escovava o dente, a gente morava longe da cidade, era difícil comprar pasta, escovinha de dente, ...a gente lavava a boca com água. ...(...) a gente muda mais perto da cidade, aí tinha escola, aí comecei a estudar, aí professora ajuda os alunos pra escovar o dente...." (Oliveira, 2006, p. 70).

Ao refletir sobre essas citações, podemos entender o que Elias (1993) traz, quando propõe uma teoria do processo civilizador. Ele não pretende julgar se um modo ou outro de viver é melhor ou pior, analisa as mudanças estruturais da sociedade, na qual tudo está interligado: mudanças de costumes e atitudes corporais, alterações econômicas, mudanças das classes sociais.

Essa interligação que o autor chamou de "configuração" atua como rede de tensão, segundo ele, semelhante à dança de salão, isto é, as figuras dos pares traçam novo desenho a cada movimento, e um depende do outro para que a mudança aconteça.

Qual a ligação com as ações coletivas em saúde bucal? Quando vemos o relato do jovem Guarani Mbyá sobre como foi seu primeiro contato com o artefato de limpeza bucal que é a escova, podemos verificar que a sua visão de corpo está intimamente ligada ao seu universo mítico e simbólico, pois para os índios não existia separação de limpeza corporal e bucal – introduzida pela escola, ou seja, essa separação é imposta por um indivíduo de nossa sociedade, no caso, a professora, que procura 'introduzir' o jovem índio em nossos modos de limpeza.

Elias (1993) discute, ao longo de sua obra, que as mudanças acontecem como movimento de tensão e relaxamento social. Podemos entender, assim, que a sociedade tem introjetado em seus indivíduos o conceito de limpeza e a valorização, no nosso caso, de uma boca limpa, cheirosa e esteticamente com dentes brancos e alinhados.

Nesse ponto podemos fazer referências ainda a Freud (2011) e a Le Breton (2011). O primeiro, quando aborda mudanças no grupo social, quando valoriza a beleza, pois para o autor uma sociedade que se civiliza, valoriza o belo, mesmo que este não tenha uma função específica para essa sociedade; e valoriza também a limpeza, pois as pessoas reagem com espanto frente a atitudes consideradas repulsivas ou sujas, mesmo quando se trata de um rei, por exemplo. No dizer de Freud (2011, p. 38) "A sujeira de qualquer tipo nos parece inconciliável com a civilização; estendemos para o corpo humano a exigência de limpeza, ouvimos espantados que a pessoa do Roi Soleil exalava um cheiro péssimo".

O autor ainda afirma mais adiante:

> (...) também é inequívoca a presença de um fator social no esforço cultural pela limpeza, que acha uma justificação posterior em considerações higiênicas, mas já se manifestava antes delas. O impulso à limpeza vem do afã para eliminar os excrementos, que se tornaram desagradáveis à percepção sensorial. (Freud, 2011, p. 44).

Le Breton (2011), quando se refere à mudança de visão do corpo na sociedade contemporânea, cita que na sociedade atual o corpo é visto como prótese, a qual podemos moldar e mudar, de acordo com os valores que a sociedade oferece. E acrescenta:

> O corpo é escaneado, purificado, artificializado, decomposto e reconstruído [...] sua fragmentação é consequência da fragmentação do sujeito. O corpo é hoje um desafio político importante, é o analista fundamental de nossas sociedades contemporâneas (Le Breton, 2011, p. 26).

Não é diferente com o valor que a sociedade dá a boca. A Odontologia, ou o profissional de saúde bucal, critica o alto valor que a sociedade dá para a estética em detrimento à saúde, também no caso saúde bucal, mas ao mesmo tempo faz grande alarde dos tratamentos estéticos, das últimas inovações nesse campo. Valoriza ainda o dente artificial, e também aqui podemos comparar a certa 'limpeza', pois não seria mais 'limpo' usar uma prótese total do que manter certos dentes desalinhados?

No caso de nosso país, há alto gasto com insumos e produtos de limpeza bucal, sejam dentifrícios e escovas dentais ou enxaguantes bucais (Manfredini, 2006). Mesmo assim, a Odontologia trata os sujeitos, no âmbito de ações coletivas, ou no clínico, como pessoas que não se cuidam, que não limpam corretamente suas bocas.

Na verdade, a Odontologia - como prática – pretende arvorar-se no domínio exclusivo da correta limpeza bucal, mas observamos que essa limpeza é inerente a grupos sociais em diferentes épocas.

Se, atualmente, encontramos valorização do sorriso branco e alinhado, podemos reconhecer que essa valorização está relacionada a: cultura e subjetividade, existência social, econômica e cultural de um povo. Ter este conhecimento de modo algum é inútil, pois podemos buscar nova prática de atuação no que se refere a ações na coletividade.

Por outro lado, dentre os desafios para um novo modelo de atenção e de cuidado – a que se propõe a atual PNSB – podemos destacar a produção de cuidados de saúde bucal, sob a perspectiva do coletivo, da comunidade. O que percebemos é que a parte 'coletiva' da tecnologia de cuidado[3] ainda está atrelada aos conceitos positivistas quando, entre os seus indicadores dessa política, clamam por uma cobertura de ação coletiva calculada pelo número de indivíduos atendidos na ação coletiva, denominada escovação dental supervisionada.

Apesar de documentos oficiais – como a PNSB ou o Programa Saúde na Escola (PSE) – sobre saúde escolar, enfatizarem uma proposta pedagógica de diálogo com o Outro, bem como a busca da autonomia do sujeito nas práticas coletivas em saúde bucal, observamos que, no cotidiano de práticas e serviços de saúde, o que encontramos ainda é uma ação de vigilância e controle.

As ações coletivas são efetivamente realizadas, na maioria das vezes, com alunos das escolas públicas. Apesar da proposta da Atenção Básica (Brasil, 2006; 2011) de Unidades Básicas de Saúde de atuarem com grupos de pessoas dos diferentes ciclos de vida, para a saúde bucal é no espaço escolar que essa ação coletiva acontece com mais regularidade.

O documento da PNSB ressalta a importância de considerar diferenças sociais e culturais para discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, "considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa" (Brasil, 2004, p. 9).

Reforça também que a higiene bucal é componente fundamental da higiene corporal das pessoas, mas que "para realizá-la adequadamente requer aprendizado" (Brasil, 2004, p. 9).

Essa normatização e formatação da maneira de propor as ações coletivas, apesar de ter um discurso que propõe conhecer o outro e respeitar diferenças culturais, ainda está longe de ser algo realizado na prática dos serviços.

Levem-se em consideração tais pressupostos e a dificuldade dos serviços em corresponder às propostas das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, para

---

[3] Tecnologia esta que deve ser repensada e entendida como tecnologia leve, da forma como nos traz Merhy (1997), entre outros.

que nesse momento aconteçam projetos de pesquisa de inovação na produção do cuidado e da clinica em saúde bucal. A perspectiva de nova atuação, centrada no sujeito, em sua totalidade e que leve em consideração seus modos de viver e que são determinantes para seu processo de saúde e doença é importante para produzir e demonstrar a possibilidade real de nova prática na saúde bucal coletiva (Botazzo, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao percorrermos os eixos teóricos sobre como o corpo é socialmente formado e modelado, vimos que a limpeza corporal sempre acompanhou, de um modo ou de outro, os diferentes grupos sociais, ao longo dos séculos.

A saúde bucal coletiva, como prática de ações de natureza coletiva, ainda não encontrou forma de superar a ação controladora e intervencionista que acontece desde os primórdios da Odontologia (no aspecto da prática profissional), perpetuada nos modelos de atenção ao longo de sua implantação nos serviços públicos.

Entendemos que a PNSB, ao priorizar o índice de escovação supervisionada para os municípios, limita e engessa ações da saúde bucal coletiva por vincular repasses financeiros às ações em saúde, direcionando e ditando o fazer das práticas públicas de saúde, assim como acontece em outras políticas de saúde.

Sobre este papel “controlador” das políticas de saúde, consideramos que este estudo clama por outros trabalhos que desenvolvam esse tema, mas destacamos o pensar sobre as novas relações que se estabeleceram, entre Estado e Sociedade, no século XX: “trabalhador passara a ser assistido pelo Estado, que se preocupava não só com a sua saúde física como também com sua adaptação psíquica ao trabalho que realizava. O homem que exercesse profissão compatível com seu temperamento e habilidade produziria mais. A medicina social compreendia um conjunto amplo de práticas que envolviam higiene, sociologia, pedagogia e psicopatologia. Não se tratava unicamente de curar; havia toda uma dimensão sanitária que buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador. No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir trabalhadores fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada” (Gomes, 1999, p. 60).

De fato, essas ações acabam tornando-se repetição mecânica por parte dos profissionais de saúde bucal, que precisam cumprir metas. Os jovens, mesmo os de escola pública, de bairros periféricos, buscam e querem outras ações da profissão, da Odontologia: querem beleza e estética, quando procuram insistentemente o uso

de aparelhos ortodônticos que, aliás, instalam por outros meios, utilizando-os como meros enfeites bucais.

Assistimos, neste momento no Brasil, especificamente em São Paulo, um debate sobre os ‘repentinos rolezinhos’, não tão inéditos nem repentinos, apenas foram ampliados pelo uso de redes sociais e obtêm mais divulgação; e os excessos da manutenção da ordem por parte do Estado. Questiona-se quem são esses jovens, o que desejam. Ou, como afirmou Beguoci (2014) “Na área delimitada pelos rios Tietê e Pinheiros a periferia ainda é um sujeito desconhecido. É uma espécie de Cazaquistão que fala português.”.

As ações de saúde, sejam coletivas ou de assistência, podem ser pensadas e efetivadas a partir do diálogo e, sobretudo, de conhecer o Outro.

Quando pensamos em civilizar costumes sob a óptica de Elias (1993) podemos compreender que os cuidados bucais, a limpeza bucal, as normas sociais, relativas a boca e dentes, estão inseridas nesse contexto civilizatório.

As ações coletivas em saúde bucal ainda são controlistas, a despeito de tantas pesquisas demonstrarem sua ineficácia, tanto do ponto de vista epidemiológico (Junqueira, 2007), como do ponto de vista de alteração de hábitos.

O componente educativo e sua estrutura ideológica continuam agindo, na formação e nos serviços, pois essa lógica ainda é cárie-centrada, tanto no plano da assistência, como no plano da promoção ou prevenção; e acabam por tornar o lado coletivo da saúde bucal uma utopia distante (Botazzo, 2013a).

Encontramos em Botazzo (2013a), uma discussão do que poderia tornar-se uma proposta de atuação em coletivos ou grupos:

> [...] ações de natureza coletiva em saúde é entendê-las como expressões de relações políticas que se estabelecem entre os vários atores sociais, isto é, que se manifestam em trocas entre cidadãos, paritariamente conduzidas pelo poder publico e a sociedade civil. [...] tem as seguintes características [...] são o campo por excelência da desmonopolização do saber ou da democratização do conhecimento e, simultaneamente, da destecnificação do cuidado. São, por fim, - e por tudo isso – o campo privilegiado no qual uma certa cidadania encontra espaço para ser exercida (Botazzo, 2013a, p. 89).

Na prática dos serviços – e também na formação de recursos humanos, tanto do cirurgião dentista, como da equipe auxiliar, que atua na Atenção Básica –

procurarmos enfatizar (ou buscar formar) o profissional que aprende e entende como se dá o diálogo com o outro. Pretende-se que ele saiba desmonopolizar o saber e entenda a pessoa que está diante dele, com valores e práticas particulares. Se isso é possível, talvez possamos trabalhar em realidade mais próxima de um profissional que cuide do outro.

É necessário também pensar a formação de recursos humanos que atuem nesse novo modelo de atenção em saúde bucal. Pressupõe-se matriz mais rigorosa no que se refira à prática pedagógica, pois na formação do cirurgião dentista não existe essa preocupação em pensar no profissional de saúde como educador. A prática pedagógica exige conhecimento aprofundado, quando se deseja ter profissional que atue na Saúde Coletiva, com ética e responsabilidade.

É importante também que essa formação em pedagogia seja extensiva à equipe auxiliar, visto que encontramos nos documentos tanto da PNSB como nos Cadernos da Atenção Básica, orientações para que seja de responsabilidade da equipe auxiliar a transmissão de conhecimentos para grupos no território. Se pretendemos transformar as práticas coletivas em saúde bucal, precisamos ter profissionais que conheçam minimamente como trabalhar com ações educativas.

Consideramos que a bucalidade, como conceito e prática de atuação, traz um novo olhar para o profissional de saúde, pois – ao ver o Outro por inteiro – procura entender como essa pessoa está posta no mundo, quais são seus valores, qual o significado social para ela de ações como: rir, falar, comer ou beijar. O profissional de saúde pode libertar-se dessa posição de vigilante eterno dos dentes do outro.

Como afirma Pires (2013, p. 154):

> [...] pelas bordas da utopia, se o profissional de saúde conseguisse buscar saber o que falta para o Outro, qual seu projeto de vida, o que ele tem além do que está impresso em sua boca, talvez fizesse mais sentido o projeto terapêutico.

Ao realizar este percurso sobre o modo de ser e de estar em sociedade, podemos enxergar que a nossa atuação como profissionais de saúde está inserida em contexto de uma sociedade que valoriza (ou não) determinados cuidados e modos corporais.

Ainda que atue e busque autonomia do outro (e a nossa também), essa autonomia é regulada pela sociedade e pelos seus valores. Mesmo assim, podemos – ao ampliar nosso olhar para além dos modelos biomédicos – entender por que determinados grupos sociais agem de maneira que difere do que entendemos por ‘saudável’ e esse entendimento é que pode trazer aproximação e diálogo verdadeiro.

REFERÊNCIAS[4]

Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

Barros BC, Pernambuco RA, Tomita NE. Escovas dentais. PGR- Pós Grad Rev Fac Odontol São José Campos. 2001 jan./abr.;4(1):32-7.

Beguoci L. Rolezinho e a desumanização dos pobres. 2014 [citado 26 jan. 2014]. Disponível em: http://www.oene.com.br/rolezinho-e-desumanizacao-dos-pobres/.

Bonnet J. As técnicas do corpo e história dos costumes. Direção Jean Poirier. Lisboa: Estampa; 1998. p. 131-83. Vol. 2.

Botazzo C. Bucalidade. Pró-Odonto Prev. 2013b;6(4):9-55.

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.

Botazzo C. Diálogos sobre a boca. São Paulo: Hucitec; 2013a. (Saúde em debate, 234).

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jan.-mar.;11(1):7-17.

Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde. A inovação na produção do cuidado e as possibilidades práticas de uma clínica de saúde bucal para o Sistema Único de Saúde. Projeto de pesquisa. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Departamento Odontologia Social; 2012

Botazzo C. Unidade Básica de Saúde. A porta do sistema revisitada. Bauru-SP: Edusc; 1999. p. 221-3.

[4] De acordo com Estilo Vancouver.

Botazzo C, Barros R, Martino LVS, Oliveira MA, Pires FS. O relatório científico do Observatório de Saúde Bucal Coletiva; construindo a cidadania na saúde. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde. São Paulo: Páginas e Letras; 2008. p. 240.

Botazzo C, Manfredini MA, Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Instituto de Saúde; 1988.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.

Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília (2011 ago. 25):1.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004 [citado 5 maio 2010]. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde na escola. Brasília, DF; 2009. (Cadernos de atenção básica, 24).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 184/91 de 9/10/1991. Aprova a nova tabela de procedimentos odontológicos constantes no anexo I desta portaria e respectivos códigos para utilização da clientela do sistema único de saúde. Diário Oficial da União, Brasília (1991 out. 10); Sec. 1:194.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal. Brasília; 2006. (Cadernos de atenção básica, 17).

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.

Campos CJG. Métodos de análise de conteudo ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm. 2004 set./out.;57(3):611-4.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997 abr.;31(2):209-13.

Costa Silva CM, Meneglim MC, Pereira AC, Mialle FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Cienc Saúde Coletiva. 2010 ago.;15(5):2539-50.

Cuche D. A noção de cultura nas ciências sociais. 2a ed. Bauru: Editora Edusc; 2002.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 39-53.

Durkheim E. As regras do método sociológico. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

Elias N. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Zahar; 1991 v. 1.

Elias N. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Zahar; 1993. v. 2.

Foucault M. A arqueologia do saber. 7a ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária; 2009.

Foucault M. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. 40a ed. Petrópolis: Vozes; 2012.

Freitas SFT. Cárie, epidemiologia e sociedade. In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: uma abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde. São Paulo: Páginas e Letras; 2008. p. 203.

Freud S. O mal estar na civilização. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras; 2011.

Gomes A. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: Pandolfi D, organizadora. Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1999.

Iyda M. Saúde bucal: uma prática social. In: Botazzo C, Freitas SFT, organizador. Ciências sociais e saúde bucal: Questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, Bauru: EDUSC; 1998. p. 127-39.

Junqueira SR. Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescentes de Embu, SP, 2005 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2007.

Kovaleski D, Freitas S, Botazzo C. Disciplininarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jan.-mar.;11(1):97-103.

Kusma S, Moysés ST, Moysés, SJ. Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 167-79.

Lalonde M. A new perspective on the health of canadians: a working document. Otawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1981.

Laplanche P, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. Direção Daniel Lagache, tradução Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. In: Donnangelo MCF, Goldbaum M, Ramos US, tradutores. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename; 1976.

Le Breton D. Adeus ao corpo. Antropologia e Sociedade. 5a ed. Campinas: Papirus; 2011.

Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. 2a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

Martino LV, Botazzo C, Zilbovicius C. Os caminhos públicos da odontologia paulista no inicio do século XX. Cad História Ciênc. 2010 jan./jul.;6(1):141-56.

Manfredini MA, Botazzo C. Tendências da industria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1999 e 2002. Notas prévias. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 jan./mar.;11(1):169-77.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o publico. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 97-228.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo Hucitec; 2008.

Moysés ST, Beltrão CR, Pecharti G. Famílias com adolescentes. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias; trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 223.

Moraes R. Análise de conteúdo. Rev Educ. 1999;22(37):7-32.

Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária a bucalidade. Rev Saúde Pública. 2006 ago.;40(N Esp):141-7.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p. 346-62.

Nunes ED, Barros NF. Ciências Sociais e saúde crônicas do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2009. (Coleção saúde em debate).

Oliveira MA. Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Programa de Pós-Graduação em Ciências; 2006.

Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão critica sobre programações educativas para escolares. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):121-30.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4a ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Pires FS. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Faculdade de Odontologia; 2013.

Ribeiro RJ. Prefácio. In: Elias N. O processo civilizador. Rio de Janeiro: Zahar; 1993. p. 9.

Rodrigues JC. O corpo na história. 2a reimp. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2008. (Coleção Antropologia e Saúde).

Rodrigues JC. Tabu do corpo. 3a ed. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé; 1983.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Ciênc Soc. 2009;1(1):1-15.

Silveira ADF. A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde. São Paulo: Páginas e Letras; 2008. p. 31.

Souza ECF. Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. III Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte. 2004 [citado 19 mar 2013]. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_sauco/saude_bucal_betinha.pdf 2004.

Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy. 1992 Autumn;13(3):267-76.

Vasconcelos MCC. Estudo dos serviços estaduais de odontologia de Saúde Pública do Estado de São Paulo 1889-1980 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1984.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005 jan.-mar.;14(1):82-8.

Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.

ANEXO A - Documentos Oficiais: Leis, Decretos, Portarias

- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.
- Brasil. Decreto nº 86.329, de 02 de Setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Brasília: CONASP. Diário Oficial da União 03 set 1981.
- Brasil. Decreto nº 94.657 - de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 21 jul 1987; Sec 1, p.11503.
- 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 e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União 20 set 1990; Sec 1, p. 18055. 1990a.
- 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. Presidência da República. Diário Oficial da União 31 dez 1990, p. 25694. 1990b.
- Brasil. Lei nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União 26 dez 2008, p.2; 2008c.
- Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 25 ago 2011, p.1; 2011.
- Brasil. Lei Complementar nº. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jan 2012. p.1.
- Brasil. Portaria nº. 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União 07 mar 2001; sec 1, p. 67.
- Brasil. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 71 (2006b).
- Brasil. Portaria nº 649/GM de 28 de março de 2006 Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006c).
- Brasil. Portaria nº. 650/GM de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006d).
- Brasil. Portaria nº. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Diário Oficial da União 04 jun 2004; sec 1, p. 44; (2004b).
- Brasil. Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 29 dez 2000; sec 1, p. 85;

Brasil. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out 2011; sec 1, p. 48; 2011.

- Brasil. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União 27 nov 2007; sec 1, p. 44, 2007a.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro: MPAS/CCS; 1983. Apostila.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica-2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 13 mar 2006 sec1, p. 45; 2006e.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 22 dez 1997, Sec 1, p.11.1997b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a; 36p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Apostila.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades,), Brasília (DF);1989. (Série A. documentos técnicos DNSB,5).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a saúde da família [citado 20 março 2013]. Disponível em http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. - Cadernos da Atenção Básica, 17. Brasília (DF); 2006a.
- 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 (DF); 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília (DF); 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde Bucal 1ª edição, Brasília (DF); 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília (DF):Editora do Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Geral/SESUS. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1990c.
- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990d.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. 1ªed. Diário Oficial da.União. 29 jun 2011, Sec 1, p.1, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades, Brasília (DF); 1988.