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 Original

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.
67 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 original.

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 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 o período final de meu trabalho

A minha querida amiga Fabiana Schneider Pires, pela sua 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.

A 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 Original.

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. Este 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 nas 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 e ao discutir diferentes explicações sobre este processo, passa a procurar entender fenômenos, antes exclusivamente biológicos, em seus aspectos sociais, dando ênfase à determinação social da saúde e doença, ressaltando seus aspectos sociais, políticos, de classes, incorporando os sujeitos e seus modos de viver. É, portanto, dentro deste arcabouço teórico que a Saúde Bucal Coletiva se inscreve, tendo como proposta de produção de conhecimento uma prática que conjuga o conhecimento do processo saúde–doença que ultrapassa a visão biológica da doença e busca reescrever suas práticas de assistência e cuidado que a Odontologia, enquanto profissão e pratica 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 neste contexto que as ações coletivas em saúde bucal serão revistas neste estudo, em uma perspectiva destas ações no processo civilizador assim como nos fala Norbert Elias. Para o descortinamento destas ações dentro da perspectiva proposta, procedemos a análise de conteúdo sob a ótica da obra de Michel Foucault (Arqueologia do Saber, 2009). Podemos inferir que, historicamente, a produção do cuidado em saúde bucal, bem como suas práticas clínicas (e mesmo quando estas se embasam pelos pressupostos da saúde coletiva), demonstram uma íntima e contínua relação de “civilizar” atos e ações da e para a sociedade. Na forma de um discurso e não desvinculado 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 se mantém 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 Original.

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 of Michel Foucault (The Archaeology of Knowledge, 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 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 fui pela primeira vez ao Parque Indígena do Xingu. Professor do Departamento de Prótese da Faculdade, tinha um grupo de alunos e recém formados da FOUSP, que faziam visitas nos períodos de recesso escolar e férias, ao Parque Indígena com o objetivo de realizar ações tanto clínicas como preventivas aos povos indígenas residentes no parque. Estas 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 este era diretor do PQXIN. Apesar de nossa memória ir acumulando tantas emoções ao longo da vida, esta é impossível esquecer, o momento em que o avião bimotor pousou no PQXIN e vi tantos olhares curiosos, tantos sorrisos, tantas crianças em nossa volta, tantas pessoas diferentes, a disposição das casas, a língua diferente, a curiosidade de ambos os lados.

Esta inquietação e a busca de uma outra maneira de ser, enquanto 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 como profissional 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. Nesta época, fui a 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 mas mais do que isto, levava uma certeza que era conhecer este povo, aprender sua língua, conhecer seus mitos e modos de viver, estabelecer um diálogo.

Desde esta época já buscava intuitivamente um novo modelo de atuação junto a estes povos, um modo de atuar que fizesse a diferença ao longo do tempo em que estivesse trabalhando junto a eles, pois não queria simplesmente chegar nas aldeias, realizar em dois dias exodontias e ir embora, como as EVS e nem era a proposta da entidade 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 enquanto profissional, foi sedimentando em minha formação essa procura por uma nova forma de trabalhar enquanto profissional de saúde bucal.

A saída deste trabalho 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 que acontecia uma invasão de garimpeiros em busca de ouro na região do Paapiú, território yanomami, invasão que durou anos, além da violência entre índios e garimpeiros a malária tornou-se endêmica levando a morte de muitos índios.

Voltando a morar em São Paulo, e reiniciar minha vida profissional em Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo, essa inquietação, de ter uma forma mais ampla de atuação junto a sociedade sempre me acompanhou.

Após iniciar como profissional integrante do programa saúde da família na cidade de São Paulo, tive a oportunidade de realizar especialização em saúde da família e posteriormente o mestrado em saúde coletiva, estes trouxeram um conhecimento mais formal para perguntas que trazia em minha mente.

No mestrado realizei uma pesquisa sobre cuidados bucais com os Guarani Mbyá de Ubatuba/SP, esta experiência agora como pesquisadora foi enriquecedora, primeiro por poder conhecer outro povo tão diferente e tão digamos ‘excluídos’, pois temos no nosso imaginário ocidental, que índio é apenas aquele que vive nu na floresta, e ter a oportunidade de conhecer um povo com uma cultura tão forte trouxe para mim a certeza que o profissional de saúde precisa estar com olhos, mentes e corações 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 as 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 meus conhecimentos teóricos.

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

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....17
2 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO 26
3 MATERIAL E MÉTODO.....27
4 BUCALIDADE E PROCESSO CIVILIZADOR 30
4.1 Cultura e Civilização 32
4.2 Kultur 33
4.3 O civilizar dos costumes 34
4.4 Boca civilizada 39
4.5 A civilização dos cuidados corporais.....41
5 CORPO E CULTURA 43
5.1 Limpeza corporal 45
6 AS PROPOSTAS DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL E O PROCESSO CIVILIZADOR.....49
7 AS AÇÕES COLETIVAS NA ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM OLHAR A PARTIR DO PROCESSO CIVILIZADOR.....54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....57
REFERÊNCIAS 60
ANEXOS.....66

1 INTRODUÇÃO

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 parte integrante da Atenção Primária da Saúde (APS) (Brasil, 2011).

Assim como em todo o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1990 até os dias de hoje, passando por entraves políticos e renovadas articulações tecno-políticas para sua consolidação (ressaltamos as Normas Operacionais Básicas, Portarias e Decretos que, ao longo dos anos, veem formatando tanto no plano técnico quanto político as ações em saúde no Brasil) 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.

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

Ao mirar nosso olhar para as ações em saúde bucal e o modelo de atenção que tem se colocado ao longo dos anos de forma institucional, podemos destacar, assim como de forma assertiva caracterizam Botazzo et al. (2008), que historicamente a **Odontologia** aparece como **forma específica de política**, reproduzindo a técnica odontológica no setor público de forma acrítica.

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 (Botazzo, 2000) podemos afirmar que esta fundamentou - se em ações curativistas/reparadoras (confecção de próteses, restaurações e mais recentemente a implantodontia) e desde os estudos sobre cariologia[1] um forte cunho preventivista e de vigilância à saúde bucal têm pautado a prática odontológica, conferindo às ações em saúde bucal no âmbito público uma restrição e padronização das doenças bucais: cárie dentária e doenças gengivais.

Historicamente a prática odontológica firmou-se pelas ações abordadas a partir de um conceito biomédico das doenças que acometem a boca, convergindo para a eleição de um público que pudesse melhor responder ao ideário preventivista e "educativo" destas ações odontológicas.

Parte desta prática histórica pode ser ilustrada, segundo Vasconcelos (1984), pela constituição da Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no serviço sanitário para atender a população de escolares da rede publica 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 buco dentária".

Neste 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 clinica 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 neste período e a partir desta 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 um método de

[1] Os estudos sobre cariologia de Anders Thylstrup e Ole Fejerskov nas décadas de 1970 e 1980 foram muito difundidos e determinantes tanto na formação acadêmica dos profissionais da Odontologia na década de 1990 quanto na elaboração e condução de programas de saúde bucal no Brasil (Pires, 2013)

trabalho que visa o completo atendimento dentário de uma população eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-as sob controle.

Segundo Pires (2013), o sistema incremental surge como uma 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 sua proposta abranger a comunidade o sistema incremental viu-se reduzido a programa odontológico para escolares e se tornou ineficaz à medida que foi transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente (Narvai, 2006).

Segundo Da Costa Silva et al. (2010) o sistema incremental introduziu nas escolas a educação sanitária, com influencia 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 (da Costa Silva et al., 2010).

Com o advento da Reforma Sanitária e a Constituição de 1988 foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS) nos artigos 197 e 198.

Alguns outros modelos de atenção para a saúde bucal emergiram ao longo doa 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 pratica odontológica realiza a assistência a saúde bucal das pessoas. A ação clinica 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 ‘as pessoas doentes (...) aqui, justamente, está a essência da questão; a assistência odontológica(ou medica, etc) as pessoas compreende ações clinicas e cirúrgicas restritas,limitadas ao atendimento individual. Esta é a pratica odontológica. A atenção a saúde bucal compreende, por outro lado, as atividades de assistência individual, mas implica, além disso, também em ação sobre as causas das doenças

sejam estas de que natureza for (biológicas,sociais, econômicas ou políticas) (Botazzo et al., 1988, p.6).

Segundo o relatório da I Conferencia Nacional de Saúde Bucal (1986), o modelo de prática odontológica daquela época cobria as necessidades de somente 5% da população, e tinha a ineficácia e a ineficiência como adjetivos, era monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.

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 toda uma geração de pessoas necessitadas da atenção à saúde bucal (Botazzo et al., 2008).

Foi então a partir deste novo enfoque que a doutrina do SUS procurou trazer para as práticas em saúde bucal um novo modelo de atenção onde além da assistência e de ações curativas, buscou melhor elaborar e implementar projetos de natureza coletiva que incluíssem ações educativas, escovação supervisionada e aplicações tópicas de fluoretos executados, principalmente, por equipes de saúde bucal e em espaços escolares para crianças na faixa etária de 6 a 14 anos.

Estes projetos de natureza coletiva foram denominados por 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 fizeram parte dos indicadores de saúde bucal que monitoram a eficácia das ações de saúde bucal nos municípios juntamente com o número de primeira consulta em saúde bucal (Brasil, 1991).

Para Werneck (1994), a introdução dos Procedimentos Coletivos na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), SIA – SUS criou a possibilidade de um modelo assistencial com maior ênfase em ações preventivas, mas o mais importante do ponto de vista político-institucional foi permitir aos municípios a organização de seus programas com aumento de arrecadação mensal, com um 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).

Esta reorganização do modelo em todos os níveis de atenção compõe-se pelo desenvolvimento de ações intersetoriais 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) integrada ao Plano Nacional de Saúde - um pacto pela saúde no Brasil - entre outros, afirma que a atenção em saúde bucal no país deverá envolver a reorientação do modelo e pautar-se 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. Para tais ações, a PNSB propõe para o elenco das medidas a serem empreendidas: fluoretação das águas, educação em saúde e higiene bucal supervisionada. Além disso, a PNSB destaca que tais ações devam 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 nestas ações, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado) (Brasil, 2004).

Desta forma, ao buscarmos autonomia e autocuidado devemos desconstruir a visão naturalizada da doença e compreendermos a saúde bucal a partir dos modos de vida.

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 estas acontecem apenas por fatores biológicos, numa relação causa-efeito, não levando em consideração 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, mas levam em conta também os determinantes sociais e culturais do processo saúde-doença.

Por outro lado, alguns autores ao analisarem a clinica odontológica e mesmo a atuação nas práticas coletivas da Saúde Bucal afirmam que o individuo 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).

Sob esta ótica, 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, enfatizando a participação de usuários e a possibilidade e capacidade destes autores sociais na formulação e 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 individualista 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 evidencias quanto ao impacto de intervenção 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 para construir métodos mais dialógicos e construtivistas, substituindo assim a atitude normativa e modeladora de comportamento para uma atitude de emancipação, valorizando a interação entre pares, a reflexão, o protagonismo dos alunos e a busca de parcerias (escola, universidade, serviços de saúde, organizações não governamentais) para a continuidade dos programas e promover o empoderamento da comunidade.

Segundo Junqueira (2007), ao avaliar a 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.

Junqueira (2007) concluiu também 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.

Considerando 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 inicio dos anos 1990, sobretudo a partir do marco teórico da Saúde Bucal Coletiva, desenvolvido em 1986 e a implementação, na atenção básica, dos procedimentos coletivos.

Ainda segundo os autores, uma Política de Saúde Bucal consoante com os princípios do SUS implica considerar a relação com a sociedade organizada e apresenta desafios. Para superar estes desafios precisamos de um movimento que promova a aproximação com a sociedade organizada, evidenciando seu caráter político, incorporando nesta 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 estas 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)

Desta forma, este estudo busca estabelecer as relações e/ou consequências que podem ser estabelecidas entre o processo civilizador da sociedade ocidental, como veremos no capítulo dedicado ao estudo da obra de Norbert Elias - Processo Civilizador volume I de 1991 e volume II de 1993 – 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.

2 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO

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

Propõe-se 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

Trata-se de pesquisa documental. que alguns autores denominam pesquisa bibliográfica. Tal modalidade de pesquisa desenvolve-se a partir do levantamento de leis, decretos e outros documentos oficiais, podendo utilizar também outras fontes, tais como jornais e revistas, publicações de qualquer tipo, imagens fotográficas e documentação visual.

Ao realizarmos busca nas principais plataformas como www.scielo.org e www.bvssalud.org e utilizando palavras chaves como “ações coletivas em saúde bucal”, “promoção de saúde bucal”, “educação em saúde bucal”, “escovação supervisionada” e “procedimentos coletivos”, encontramos mais de 1200 documentos entre artigos, teses e links de internet.

Dentre os estudos encontrados nestas buscas destaca-se a variedade de temas ligados às 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, entre outros

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 analise 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 os documentos o pesquisador está impregnado de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (Sá-Silva et al., 2009).

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e analise de documentos dos mais variados tipos. Podemos nos perguntar: afinal, o que é um documento?

Segundo Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivista do Arquivo Nacional, documento é qualquer registro de informação, independentemente do formato ou suporte utilizado para registra-los.

Os documentos podem ser considerados uma fonte natural de informações a medida que, por terem origem num determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre o mesmo contexto.

A escolha dos documentos não é um processo aleatório, mas se dá em razão de propósitos, idéias ou hipóteses. Pretendemos utilizar o conceito de *documento* de Foucault descrito em *A Arqueologia do Saber*, como ponto de partida para a pesquisa.

Dirá o autor a este respeito:

> [...] documento a história mudou sua posição acerca do: 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 esta postura e que se questione o documento.

Para o autor, 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 os temas, objetos e constitue os conteúdos.

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, 2013).

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 onde pudemos obter documentos e leis na íntegra. Procuramos principalmente os documentos oficiais, relativos às propostas de ações coletivas em saúde bucal. . Nestes termos, a pesquisa que se utiliza de 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).

Para análise utilizaremos 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).

O método é a analise documental, a categoria a ser analisada poderia ser outras tantas concernentes da pesquisa qualitativa, porém optamos em procurar as regularidades de discurso sobre as propostas de ações coletivas em saúde bucal e referencial teórico para tanto se deu com o autor Norbert Elias e sua teoria do processo civilizador.

4 BUCALIDADE E PROCESSO CIVILIZADOR

Nos últimos anos temos encontrado cada vez mais estudos e pesquisas da área da Saúde que dialogam com outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais e Humanas. Este interesse crescente, tanto em seus pressupostos teóricos como em seus métodos de pesquisas tem como ponto principal a base teórica da Saúde Coletiva. Esta 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 passam, portanto, nos 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, dando ênfase à determinação social da saúde e doença, ressaltando estes fenômenos em seus aspectos sociais, políticos, de classes, incorporando os sujeitos e seus modos de viver (Minayo, 2008; Nunes; Barros, 2009).

É dentro deste arcabouço teórico que a Saúde Bucal Coletiva se inscreve, tendo como proposta de produção de conhecimento uma prática que conjuga o conhecimento do processo saúde–doença, no caso relacionado a boca, e que ultrapassa a visão biológica da doença e suas práticas de assistência que a Odontologia, enquanto profissão e pratica social, centraliza. Ou seja, a saúde bucal coletiva pensa na totalidade das 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 este é o elemento norteador do propósito desta analise, visto que, ao nos propormos compreender as ações de saúde sob um olhar oriundo das CSH, procuramos com isto ampliar os estudos nesta área, da Saúde (Bucal) Coletiva.

A proposta deste capítulo parte do conceito de processo civilizador instituído por Elias (1993) e o conceito de bucalidade proposto por Botazzo (2006) e procura compreender como estes conceitos podem contribuir para a melhoria das práticas de promoção e prevenção em saúde bucal. Através destes conceitos podemos ampliar nosso olhar para o outro, para diferentes grupos sociais.

Para Elias (1993), o processo civilizador deve ser entendido como uma teoria da civilização ocidental, um processo de longa duração iniciado pela aristocracia européia nos séculos XII e XIII, que consiste em uma alteração nos modos de ser nos indivíduos, moderando os costumes, controlando impulsos tanto no mundo público como nos espaços privados. Para Elias, o processo civilizador exerceu uma ampla pressão sobre os indivíduos, o que produziu[2]: "uma transformação de toda a economia das paixões e afetos rumo a uma regulação mais continua, 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 destas questões é que procuraremos compreender como os cuidados bucais podem ser pensados no contexto do processo civilizador.

---

[2] 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 a primeira vista aparece descontinuo 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)

4.1 Cultura e Civilização

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

O conceito de cultura muda com o tempo: se no inicio 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 uma ação, isto é, o fato de cultivar, indo a seguir para metáfora (cultura da terra para cultura de espírito). Este 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, etc.

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 a ideia de educação. É vista como progresso, este nasce da instrução, da cultura. Neste período ela está bem próxima de outra palavra, “civilização”. No século XVIII, as duas são associadas ao mesmo significado, porém não são equivalentes. Enquanto “cultura” está associada ao progresso individual, “civilização” está associada ao progresso coletivo.

Durante o século XIX com a criação da sociologia e etnologia, estes campos de conhecimento tratarão de abordar uma questão primordial: “como pensar a especificidade humana na diversidade de povos e ‘costumes’?”

Segundo Cuche (2002), o primeiro a definir etnologicamente cultura foi Edward Burnett Tylor - 1832-1917. Desta forma, cultura é a expressão da totalidade da vida social do homem. Passando pela discussão da época entre a utilização do termo cultura e civilização, vemos uma preferência à palavra cultura, já que o termo

civilização remete a constituição de cidades e não se aplica para a descrição das sociedades ditas “primitivas”.

No século XVIII, o termo civilização muda de seu conceito inicial, que é 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, e a qualidade comum destas atitudes é que:

> [...] 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 esta 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 européia, o autor busca destrinchar como se deu esta mudança, como os indivíduos alteraram seus modos de vida e configuraram a sociedade ocidental.

4.2 Kultur

Inicialmente Elias (1993) examina os diferentes significados da palavra civilização, na Alemanha e França. O conceito de “civilização” terá diferentes significados para os ingleses e franceses por um lado e para os alemães por outro lado. Enquanto para os primeiros significa seu orgulho para o progresso do Ocidente

e da humanidade, para os alemães a palavra Zivilisation significa algo de útil, mas de segunda classe, correspondendo à superfície da existência humana. Para estes, a palavra que define o orgulho de suas realizações é Kultur, que aparece na língua alemã no século XVIII.

Nesta época, a aristocracia alemã falava francês e procurava reproduzir os modos de vida da corte francesa, ao passo que a população falava a língua alemã, o que não era bem visto pela corte, a intelligentzia, como diz Elias (1993), valorizava os feitos regionais, a língua, em contraste com a classe nobre, governante que menosprezava a língua alemã e atitudes das regiões e valorizavam o modelo francês. Esta diferença de atitudes entre as classes sociais é que constitui o contraste entre Kultur e Zivilization na Alemanha.

Se para os 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 aos ingleses e franceses.

Mas 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) discutirá então o conceito de cortesia, este oriundo de corte, da aristocracia.

4.3 O civilizar dos costumes

Cortesia são modos e atitudes valorizadas e reproduzidas nas cortes, onde o mais importante são os 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 em 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 discorrerá neste livro de um 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 um desnudamento de como ações e costumes foram se alterando 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) a obra de Erasmo, “fala de muitas coisas que desde então se tornaram impublicáveis e de muitas outras que hoje são aceitas como naturais” (Elias, 1993, p. 65) como, por exemplo, durante a refeição:

> [...] os dedos ficam engordurados, ‘Dígitos unctos vel ore praelingere vel ad tunicam extergere....incivile est’, diz Erasmo. Não é polido lambê-los ou enxuga-los no casaco (Elias, 1993, p. 71).

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

> [...] não soltar gases do corpo quando em companhia de outras pessoas’, ‘não avançar no prato durante a refeição’ [...]’ se o individuo se assoa com dois dedos, alguma coisa cai no chão, ele deve pisa-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 inicio 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 chocam e, no dizer de Elias, tornaram-se impublicáveis, é, no dizer do autor:

> [...] 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).

Para Elias (1993) o indivíduo está ligado em uma espécie de rede com e na sociedade, as alterações que acontecem fazem com que aconteçam modificações no trato com o outro e com isto o individuo precisará ter uma relação maior, de interdependência com o outro e por isso o controle das pulsões e paixões e mais ainda o autocontrole, é colocado já 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 fazendo com que o comportamento desejável "pareça a mente dos indivíduos resultado do seu livre arbítrio e se de interesse de sua própria saúde ou dignidade humana" (Elias,1993, p. 153).

O ponto principal para Elias (1993) é que quando acontece uma mudança de costumes, este se inicia na classe alta, que com essa atitude mantém distância das classes sociais mais baixas, porém com o passar do tempo estas tenderam a incorporar esses costumes iniciados pela aristocracia.

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

O processo civilizador é visto como uma dinâmica que pressupõe alterações nas relações de poder e controle dos indivíduos, alterando a relação de interdependência e possibilitando a consolidação dos controles estatais. Esta interdependência entre os indivíduos é conhecida como configuração.

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

A estrutura do comportamento civilizado está interrelacionado com a organização do Estado, ou seja, as mudanças nos sentimentos de vergonha e delicadeza mudam o padrão que a sociedade exige e proíbe, verifica-se 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 contem e se existe um poder central forte, as pessoas são obrigadas a conviver em paz, com uma tolerância maior, as agressões físicas acabam sendo uma prerrogativa dos que representam a autoridade governamental.

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 desenvolvimento dos sentimentos de vergonha, repugnância ou a 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 deste treinamento, o individuo tem em sua forma natural as pulsões e paixões latentes.

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

Para Freud (2011), a civilização é construída a partir do fato que o desejo da comunidade sobrepõe-se ao desejo individual. Segundo o autor, “tal substituição do poder do individuo 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 valorização de viver em comunidade, em sociedade (Freud, 2011).

Elias (1993) e Freud (2011) realizam cada um em sua particularidade de estudo, uma analise 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 analise da sublimação da agressividade dos instintos analisa como esta sublimação foi canalizada para a formação da sociedade, e como esta pode causar doenças psíquicas nos indivíduos.

Destacamos nesta analise o conceito fundamental de Elias (1993) que é a figuração ou configuração, onde, para ele, o ser humano é interdependente e suas vidas desenvolvem-se nas figurações sociais formadas uns com os outros, esta é comparada pelo autor a uma dança, pois na dança, para que ela aconteça, uns precisam dos outros e as figurações vão mudando. Na sociedade também existe esta mudança, às vezes rápida, às vezes gradual.

4.4 Boca civilizada

Partindo dos conceitos expostos acima procuramos compreender os modos que os cuidados corporais, e mais especificamente, os cuidados bucais acontecem na sociedade contemporânea.

Como afirma Botazzo (2013a, p. 91):

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

Ao realizar uma 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 figurações propostas por Elias para os cuidados bucais? Os cuidados bucais tão enfatizados pelo discurso odontológico são um dispositivo de controle de maneira a “civilizar” as funções bucais?

Mais do que as teorias cientificas essas funções são uma representação social do homem em sociedade. A bucalidade é um arranjo metodológico que nos propicia uma 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.

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 uma dimensão do homem por inteiro e este homem em relação a sociedade em que vive. Sabemos que todas estas 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 junto com a bucalidade, ou a produção social da boca humana, traz a tona as mudanças sociais relacionadas aos cuidados bucais, tanto aquele imposto pelo poder do Estado como o que a sociedade vai fortalecendo, moldando e ressurgindo 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 deste longo processo que Elias (1993) classifica como civilizador, a sociedade ocidental foi alterando seus costumes e hábitos, todos relacionados com alterações importantes do ponto de vista do poder político (passando da aristocracia para a burguesia) como também alterações importantes dos modos de viver.

4.5 A civilização dos cuidados corporais

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

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

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

As atitudes corporais e de fala são meios de diferenciação social tanto entre classes sociais da sociedade ocidental. Além do mais, estas alterações são passadas de geração para geração e influenciam todos os modos de vida desde o mais cotidiano, como os cuidados corporais, arquitetura e disposição das habitações, etc.

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 nas suas determinações, limitações e possibilidades. Com isto, propõe pensar no homem por inteiro, vinculado a sua classe social, seu modo de vida, seus valores e sua cultura.

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

5 CORPO E CULTURA

Pelo percurso deste estudo, vimos que os cuidados corporais são fruto de uma 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 um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos ou estéticos no comportamento humano. O corpo humano é socialmente concebido 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 das características morais, intelectuais e físicas que ela privilegia.

Sabemos que em cada sociedade, cada grupo social elege e valoriza certas atitudes para o individuo pertencente a este grupo. Existem atitudes que são inerentes a todo ser humano mas a maneira que a cultura dá seu significado é que ditará o pertencimento ou não a este grupo. Esta exalta ou inibe determinados impulsos, dita normas em relação ao corpo, normas que o individuo tenderá a custa de castigos e recompensas, se conformar.

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

O corpo porta em si a marca da vida social nos mais diversos âmbitos, fazendo com que a sociedade imprima nele determinadas transformações.

Se viermos a considerar 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).

Foucault (2012) irá discutir como o corpo foi disciplinado ao longo do tempo para que se tornasse dócil e submisso. Assim foi possível que este se organizasse no espaço que habita, na relação com os objetos, como também na relação com os outros corpos que o rodeia. “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis.” (Foucault, 2012, p. 127).

A forma da disposição desses corpos no espaço 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. Sendo assim, o corpo (seus sentimentos, estilos de movimento, padrões de reação e saúde) não é apenas uma realidade individual governada por suas próprias leis biofísicas e pelos efeitos das peculiaridades de cada um. O corpo também é fruto das ideologias à sua volta (Foucault, 2012).

Outro autor que trabalha com as questões ligadas a corporeidade humana, Le Breton (2011) analisa o corpo construído na sociedade contemporânea, ou se podemos dizer, na pós-modernidade.

Para o autor, na sociedade contemporânea o individuo pensa o corpo como um material, um suporte e veículo da pessoa, e com isto concebe o corpo como uma matéria imperfeita, corrigível, o corpo tornou-se acessório, uma 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 as fragilidades e imperfeições ligadas a condição corporal, e as novas tecnologias com seus discursos e suas experiências sonham com um corpo biônico, perfeito e controlável (Le Breton, 2011).

5.1 Limpeza corporal

Freud (2011) afirma que “beleza, limpeza e ordem ocupam um lugar especial entre as exigências culturais” (Freud, 2011, p. 38).

As construções culturais referentes à limpeza, higiene, morte e vida são questões que cada sociedade irá valorizar, normatizar e controlar. 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.

Em uma breve analise de um tema tão rico, vemos que na sociedade ocidental, o banho sempre esteve ligado as diferentes sociedades, na Roma Antiga, na Grécia são conhecidos os banhos e termas publicas, onde as pessoas de uma posição social mais destacada se encontravam. A conotação do banho não estava ligada a categoria limpo e sujo tal como conhecemos atualmente e sim a um prazer social.

Também no inicio da Idade Média, o banho era publico e não tinha conotação de limpeza e sim de prazer, de sociabilidade. Após o fortalecimento de instituições como a Igreja, o banho, principalmente o publico passou a ser considerado algo pecaminoso e os banhos públicos foram eliminados da vida social (Rodrigues, 2008).

Em uma fase posterior, no século XVII, a limpeza corporal passou a ser realizada pelo que se chamava ‘banho seco’, onde as mãos e o rosto eram limpos com um pano seco, esta era uma norma de limpeza da época, que priorizava a limpeza das partes do corpo que estavam expostas ao contato social (Rodrigues, 2008).

Segundo o autor, nos séculos XVI e XVII não se poderia pensar em uma cena de banho ao passo que até o século XV as pessoas procurariam banhar-se para dar intensidade as suas festas e a seu prazer (Rodrigues, 2008).

No final do século XVIII e século XIX com o aumento das cidades e as transformações sociais, com as novas classes de trabalhadores que moravam na

cidade e não somente nos campos, as instituições estatais começaram a promover a realização de banhos para os trabalhadores.

O banho era público e 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).

Com o advento das descobertas de Pasteur no século XIX, e as novas teorias, a higiene tornou-se uma espécie de guerra aos micróbios. De inicio o asseio corporal era realizado em hospitais, hospícios, navios, lugares fechados onde a nova ordem de asseio poderia ser verificada e 'testada'. A higienização dos presos, loucos e banidos foi um passo para a implantação de uma nova ordem.

Também os colégios tinham começado a ensinarem as alunas a serem 'limpas' e fazerem com que estas fossem 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 uma justificativa para que a limpeza e o asseio fossem implantados nas diferentes classe sociais, particularmente as mais desfavorecidas.

Não é diferente com o que se refere à boca e seus cuidados.

A esse respeito afirma Botazzo (2000):

> [...] o cuidado bucal é contemporâneo dos cuidados gerais com o corpo; como discurso pode ser definido e analisado. Se há repartição no que toca aos cuidados gerais haverá também com relação aos cuidados bucais; eles são como formas das prescrições do mundo.

No entanto, as formações discursivas sobre a boca e os dentes são negados. Como afirma o autor:

> [...] é possível afirmar-se um objeto tão insólito quanto este denominado boca?" [...] é possível falar de um objeto que não seja tão exclusivamente hegemonizado por uma única disciplina? [...] " "a boca é depositária de algo oculto sobre o qual convém manter alguma discrição (Botazzo, 2000, p. 41).

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 equilibrio 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 esta 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 isto, os profissionais de saúde bucal cada vez mais se distanciam dos outros profissionais de saúde e cristalizaram práticas restritas a saúde da boca, e reflexo deste distanciamento está o desinteresse que os profissionais de saúde e gestores demonstram a saúde bucal e suas 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 um órgão mas um território, um espaço, um lugar e não apenas uma massa tissular com uma única função.

Ao pensar em território, em consumo do mundo, pensamos em subjetividade, em sujeitos em produção. Podemos pensar não apenas em um 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 um grande desafio que é reformular a prática da Odontologia.

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

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

Pensar em ações coletivas em saúde bucal nos remete consciente ou inconsciente em ações centradas no binômio escova – placa.

Não que não se deva pensar em cuidados em saúde bucal, mas como encontramos em inúmeros artigos, teses e publicações, as ações de promoção em saúde bucal se confundem com ações preventivas, e resumem-se em escovação supervisionada, e a educação em saúde, limita-se a novamente demonstrar a correta escovação dentária, e em algumas ocasiões, orientação de dieta.

Tratando-se o sujeito, quer seja, um adulto ou idoso, em grupos ou escolares, como sujeitos passivos, que a priori, não executam sua higiene dental a contento.

Esta dificuldade dos profissionais de saúde bucal em lidar com o outro, em trata-lo como um sujeito dono de si, está de tal modo introjetado no profissional, que como afirma Botazzo (2006), tem um olhar direcionado apenas ao elemento dental e não ao sujeito como um todo.

Em outro momento de sua produção intelectual, 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).

No entanto, na área da saúde bucal um grande entrave se estabelece quando verificamos, pelos modelos de atenção à saúde bucal historicamente constituídos e também nos dias de 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 individuo. Podemos dizer que sua referência é calcada na teoria comportamentalista da promoção de saúde, baseada na alteração de hábitos. Ainda se utiliza a teoria 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 individuo, para mudar de comportamento, dependerá de fatores outro, como sociais e culturais de sua vida coletiva.

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, neste modelo, apenas o fator biológico do aparecimento das doenças bucais é levado em consideração, desprezando os determinantes sociais para seu surgimento.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (Brasil, 2004) integrada ao “Plano Nacional de Saúde- um pacto pela saúde no Brasil” 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).

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

O termo “promoção de saúde” foi utilizado pela primeira vez por Henry Sigerist em 1947 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, ações para promover a saúde nos diversos setores da sociedade. Esta visão se deu, principalmente, após a constatação de que o modelo centrado na atenção médica não daria conta das necessidades em saúde tanto economicamente quanto 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 estes 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).

Suas estratégias priorizam a transformação das condições de vida, trabalho, tendo valores como qualidade de vida, educação, cidadania, lazer etc.

Já a prevenção em saúde trabalha com a idéia de ações antecipadas para evitar o surgimento de determinadas doenças.

Segundo Czeresnia (2009) a base do discurso preventivista é o conhecimento epidemiológico, visando o controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução de doenças degenerativas.

A prevenção e educação em saúde tomam por base a comunicação de informação cientifica e recomendações sobre mudanças de hábitos nos indivíduos e ou comunidades.

O conceito de promoção de saúde tal como conhecemos deu-se em 1974 com a divulgação de documento do Ministro da Saúde do Canadá, que ficou conhecido como informe Lalonde e posteriormente em 1986 com o marco da Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Otawa, com a divulgação da Carta de Otawa, ratificadas em Conferências posteriores na cidade de Adelaide em 1988 e em Sundsval em 1991 (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 de 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 a autonomia dos sujeitos, a construção destes conhecimentos e práticas levariam a uma autonomia regulada, segundo esta perspectiva, acabariam enfatizando a responsabilidade do individuo sobre sua saúde, diminuindo 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, onde campanhas educativas são focadas em hábitos que o individuo deve alterar. Temos, como exemplo, campanhas para não fumar, 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 única e exclusiva sobre sua saúde.

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

Por outro lado, outro enfoque da promoção da saúde enfatiza a atuação de setores amplos tanto da sociedade como do Estado para promover um bem estar voltado para melhoria de qualidade de vida da comunidade. Neste predomina a qualidade de vida orientada pelos determinantes das condições de vida e saúde na sociedade, como educação, saneamento básico, trabalho, boa alimentação,

pensando tanto no indivíduo como na coletividade. Neste enfoque é preciso pensar em políticas públicas saudáveis, fortalecimento de ações comunitárias.

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

Outro ponto importante analisado pelas autoras refere-se ao fato de existir grande produção acadêmica em relação a promoção da saúde ao mesmo tempo que existe a fragilidade de sua aplicação nas práticas de saúde.

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

Para a autora, algumas experiências junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo oportunizaram uma análise das politicas de ação referente aos programas existentes. Os resultados apontam que a palavra educação, freqüentemente mencionada em documentos oficiais, não passava de uma abstração incômoda e que autoridades administrativas fundamentavam suas 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.

Talvez, se pensarmos na prática corrente da saúde bucal, tendo em vista que esta se destaca pelo ideal de “mantenedora”, entenderemos que tal prática tem exercido um controle sobre os corpos e 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 estaria realizando um controle, mais do que corpos saudáveis, produzindo uma métrica para o autocuidado.

7 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 um 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 deste conceito a afirmação de que o controle dos impulsos pelo indivíduo decorre de processo associados aos sentimentos de vergonha, medo, embaraço, fazendo com que pareça, na mente dos indivíduos, como um resultado do seu livre arbítrio (Elias, 1993).

Ao fazermos 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 da escova ou pasta, como também, a reafirmação por parte da Odontologia, de que os pacientes/população não sabem usar corretamente artefatos de higiene bucal e portanto, quase que de forma messiânica, os profissionais desta área (tanto os cirurgiões dentistas quanto a equipe de saúde bucal – Auxiliares e Técnicos em Sáude Bucal) devem reforçar, insistir e controlar (não esqueçamos das evidenciações de placa bacteriana) a qualidade dos cuidados da boca.

Freitas lança um iluminado olhar sobre estas questões:

> [...] a visão odontológica trabalha, predominantemente, com aspectos como : a doença é multifatorial e de fluxo uniderecional: 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 [..] 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 (Freitas, 2008, p. 212).

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)

Por outro lado, podemos destacar, dentre os desafios para um novo modelo de atenção e de cuidado que se propõe a atual PNSB é o de produzir cuidados de saúde bucal na 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 desta política clamam por uma cobertura de ação coletiva calculada pelo número de indivíduos atendidos na ação coletiva denominada escovação dental supervisionada.

Apesar dos 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 praticas coletivas em saúde bucal, observamos que, no cotidiano das práticas e serviços de saúde, o que encontramos ainda é uma ação de vigilância e controle.

---

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

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 trabalharem grupos de pessoas dos diferentes ciclos de vida, para a saúde bucal é no espaço escolar que esta ação coletiva acontece com maior regularidade.

O documento da PNSB ressalta a importância de considerar as 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).

A publicação do Ministério da Saúde intitulada ‘Caderno da atenção básica: saúde na escola’ (Brasil, 2009), que institui o Programa Saúde na Escola (PSE) propõe ações de saúde inseridas no ambiente escolar. Como programa que pretende atuar em diferentes campos da saúde, (acuidade visual, nutrição, calendário vacinal, saúde bucal) parte da proposta de entender o vínculo entre produção de conhecimento e o viver saudável, incluindo o conceito ampliado de saúde na integralidade e na produção de cidadania e autonomia (Brasil, 2009).

Tal publicação, em outro trecho, reafirma que o ponto de partida para o trabalho de promoção de saúde com estudantes, professores e funcionários, é a partir do ‘o que sabem’ e ‘o que eles podem fazer’ procurando 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).

Porém ainda encontramos ações centradas na lógica da detecção precoce da cárie dentária, citando que em ‘paralelo programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde’ (Brasil, 2009).

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

8 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, enquanto prática de ações de natureza coletiva, ainda não encontrou uma forma de superar a ação controladora e intervencionista que acontece desde os primórdios da odontologia enquanto pratica profissional e que perpetuou-se 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 as 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[4].

De fato, estas ações acabam tornando-se uma repetição mecânica por parte dos profissionais de saúde bucal, que precisam cumprir metas. Os jovens, mesmo os de escola pública, dos bairros periféricos, buscam e querem outras ações da profissão, da odontologia, querem beleza e estética, quando procuram insistentemente sobre o uso de aparelhos ortodônticos, que aliás, instalam por outros meios, utilizando-os como mero enfeites bucais. Assistimos neste momento no Brasil, especificamente em São Paulo, um debate sobre os ‘repentinos rolezinhos’, que nem são tão inéditos nem repentinos, mas com a ampliação do uso das redes sociais e a divulgação e os excessos da manutenção da ordem por parte

[4] Sobre este papel “controlador” das políticas de saúde, consideramos que este estudo clama por outros trabalhos que desenvolvam este 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).

do Estado, acontece uma grande discussão sobre quem são esses jovens, o que desejam. Ou como afirmou Beguoci:

> Na área delimitada pelos rios Tietê e Pinheiros a periferia ainda é um sujeito desconhecido. É uma espécie de Cazaquistão que fala português (Beguoci, 2014).

As ações de saúde, quer seja coletiva 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 ótica de Elias (1993) podemos compreender que os cuidados bucais, a limpeza bucal, as normas sociais relativas a boca, dentes, estão inseridas neste 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 tanto na formação quanto nos serviços, pois esta lógica ainda é carie-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 entende-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).

Se na prática dos serviços - e também na formação de recursos humanos, tanto no cirurgião dentista como na equipe auxiliar que atuam na Atenção Básica - procurarmos enfatizar ou buscar uma formação em que o profissional aprende e entende como se dá o diálogo com o outro, como desmonopolizar o saber e entender a pessoa que está diante de si, com seus valores e práticas, talvez possamos trabalhar em uma realidade mais próxima de um profissional que cuida do outro.

Consideramos que a bucalidade, enquanto conceito e como prática de atuação, traz um novo olhar para o profissional de saúde, pois ao ver o Outro por inteiro, procurar entender como esta pessoa está posta no mundo, seus valores, o significado social para ela de rir, falar, comer ou beijar, o profissional de saúde pode libertar-se desta 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 um contexto da sociedade que valoriza ou não determinados cuidados e modos corporais.

Mesmo atuando e buscando autonomia do outro (e nossa também) esta autonomia é regulada pela sociedade e pelos seus valores. Mesmo assim, podemos ao ampliar nosso olhar para além dos modelos biomédicos entender porque determinados grupos sociais agem da maneira que diferem do que entendemos por ‘saudável’ e este entendimento, é que pode trazer uma aproximação e dialogo verdadeiro.

REFERÊNCIAS[5]

Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(supl. 1):28-42.

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/.

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

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

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

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

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. 1988 [citado 25 fev. 2013]. Disponível em: http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/BSBCBotazzo.pdf.

Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final; 10-2 out. 1986; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. p. 4.

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

[5] De acordo com Estilo Vancouver.

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.

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

Carvalho LAC, Scabar LF, Souza DS, Narvai PC. Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: genese, apogeu e ocaso. Saúde Soc São Paulo. 2009 jul./set.;18(3):490-9.

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.

Fernandes SLSA. O quotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

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.

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

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.

Leavell S, Clarck EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

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

Machado R. Foucault, a ciência e o saber. 3a ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.

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. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: Campos GWS, Minayo MCZ, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 201.

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.

Pezzato L. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

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. 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.

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 Enfermagem. 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.