

TATIANA OLIVEIRA NOVAIS

**INTEGRALIDADE E SAÚDE BUCAL NA PERCEPÇÃO DE
PARTICIPANTES DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DO SUS**

Goiânia

2007

TATIANA OLIVEIRA NOVAIS

**INTEGRALIDADE E SAÚDE BUCAL NA PERCEPÇÃO DE
PARTICIPANTES DOS MOVIMENTOS SOCIAIS E DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo

Goiânia

2007

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

- Novais, Tatiana Oliveira.
 N936t Integralidade e saúde bucal na percepção de participantes dos
 movimentos sociais do SUS / Tatiana Oliveira Novais. –2007.
 187 f. : il., tabs., qds.
1. Orientadora: Profª Drª. Vânia Cristina Marcelo.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás.
 Faculdade de Odontologia, 2007.
2. Bibliografia: f. 155-170.
 Lista de abreviaturas e siglas e de ilustrações.
 Apêndices e anexos.
3. 1. Saúde bucal 2. Sistema Único de Saúde (SUS) –
 Integrati-
4. dade 3. Movimentos Sociais 4. Promoção de Saúde I. Marcelo,
 5. Vânia Cristina II. Universidade Federal de Goiás. **Faculdade**
 de
6. **Odontologia** III. Título.

CDU: 616.314-084

Dedico este trabalho à minha mãe, Íris, e a meus irmãos Poliana e Júnior, meu tripé de sustentação.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Íris, por seu apoio em todos os momentos. À minha irmã, Poliana, que sempre me deu força. A meu irmão, Júnior, sempre disposto a resolver os problemas com o computador. Amo muito vocês.

À minha família, em especial aos meus avós, Eliseu e Altina.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFG e aos seus professores, em especial à professora Luciane, que com afeto coordenou este mestrado.

À professora Vânia Cristina Marcelo, minha orientadora, pela amizade, pela convivência enriquecedora e por sua orientação desafiadora e competente.

Às pessoas entrevistadas, pela riqueza dos aportes que trouxeram à minha caminhada na construção deste trabalho, por suas reflexões e sábias palavras.

Aos meus colegas de mestrado, pelo companheirismo, em especial à Denise Elizabeth Campos Badan, amiga em todas as horas.

À querida Dais, que sempre me oxigenou com idéias, livros e palavras, garantindo-me um presente diário com sua sabedoria. E, sobretudo, por haver aceitado o convite para integrar as bancas deste trabalho.

Às professoras Maria Goretti, Adélia e Diana, que muito contribuíram para este trabalho.

À equipe de saúde coletiva desta Faculdade: Maria de Fátima Nunes, Maria do Carmo Matias Freire, Maria Goretti, Vânia Cristina Marcelo, Márcio Florentino, Cléia Câmara de Oliveira (Kelly), Rosália da Costa Torres, Fabiany Nunes, Liliane Braga, Karla Silvana. À minha amiga Érika Fernandes Soares. E aos alunos de graduação desta casa.

À cidade de Bonfinópolis-GO, onde iniciei meus passos na saúde coletiva em 2001, cuja população me recebe até hoje. Agradeço à secretária municipal de saúde, Rosenilda Bezerra de Souza e ao prefeito Antônio das Graças Filho que sempre confiaram em meu trabalho, dedicando-me todo respeito. Às minhas insubstituíveis auxiliares Nilva, Leidiane e Valéria, que se desdobraram durante minhas ausências. Ao dentista Elmiro Naves, que sempre me apoiou e me substituiu quando necessário. À minha equipe de saúde, em especial às Agentes

Comunitárias de Saúde. À enfermeira Nilda Moraes e aos médicos que passaram pelo programa.

Aos meus clientes que foram muito pacientes comigo, alguns dos quais, ao saberem sobre meus estudos e minha dissertação, perguntaram-me: “Doutora, isso vai servir pra quê?”. A eles digo como Nietzsche (2006):

Bons dentes, bom estômago...
Eis o que te desejo!
Depois de digerires o meu livro,
Hás de entender-te comigo!

A todos os participantes da ANEPS, em especial à Ivanilde Vieira Batista (Nina), com quem aprendo e cresço a cada dia na leve e alegre convivência de lutas. Ao José Carlos Silva, que me presenteou com o tema deste trabalho.

À Iracides Quixabeira, que revisou este trabalho com muita competência.

Se um só ponto situado em um círculo
pode ser origem de infinitas linhas, e se
o limite das infinitas linhas que
divergem de tal ponto constitui
infinitos pontos que, somados, voltam
a ser um, concluiremos que a parte é
igual ao todo.
(LAPPIS, 2006)

*Leonardo da
Vince*

RESUMO

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e bandeira defendida pelo Movimento Sanitário Brasileiro. A polissemia do termo permitiu que, neste trabalho, fossem reconhecidos outros tipos de conhecimento além do científico. A saúde bucal também pode ser compreendida de diversas formas, desde o sentido restrito da boca até uma noção de saúde coletiva que considera os preceitos da promoção da saúde segundo um modelo fractal e dinâmico. Assim é possível discutir a integralidade focalizando a saúde bucal. Este trabalho teve como objetivo identificar possibilidades de ação que atendam ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, conforme a percepção de seus participantes. Foram escolhidas para a entrevista pessoas referenciais na construção do conhecimento, participantes do SUS e de movimentos sociais, que aliam o conhecimento popular ao científico. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa com análise de conteúdo. Os resultados encontrados foram divididos nestas quatro categorias temáticas que também foram subdivididas: *diferentes significados acerca da integralidade*, relacionados a modelos de atenção, a fractal e a dinamicidade; *percepção sobre a saúde bucal no SUS*, descrita como afastamento, cuidado além da boca e bucalidade; *percepção sobre saúde bucal nos movimentos sociais*, subdividida em afastamento e necessidade de aproximação, ambos os movimentos relacionados com a categoria odontológica; *possibilidades de ação*, entre as quais se destacam aquelas reintegradoras que permitem uma postura paradigmática de retotalização da realidade, a utilização de metodologias problematizadoras na formação profissional e a construção de políticas públicas e modelos de atenção voltados para a integralidade. Conclui-se que a promoção da saúde, apesar de não ter aparecido como categoria específica, permeia todas as possibilidades de ação citadas, constituindo o arcabouço estrutural. Foram identificadas várias possibilidades de ação que atendem ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, porém ficou evidenciada a necessidade de realização de ações conjuntas em todos os níveis e espaços da vida, assim como no modelo fractal da integralidade.

Palavras-chave: Integralidade. Saúde bucal. Sistema Único de Saúde. Movimentos sociais. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Integrality is a principle of the Brazilian Unified Health System (SUS) defended by the sanitary reform movement. It is a polysemic and democratic term for it considers several perceptions. For that reason, other kinds of knowledge were included in this paper in addition to the scientific one. Oral health can also be understood in various ways, since its limited meaning of mouth until a collective notion regarding health promotion precepts. Therefore it is possible to discuss integrality focusing on oral health. This research aims to identify possibilities for action seeking integrality for oral health in SUS and in social movements, according to their participants' perceptions. Key people in knowledge building were selected to be interviewed, connecting scientific and popular knowledge, SUS and social movements' participants. The methodology used was qualitative research and content analysis. The findings were divided into four categories: different meanings of integrality, perceptions of oral health in SUS, perceptions of oral health in social movements and possibilities for actions. Each category was then subdivided into subcategories. The main conclusions about the action possibilities are those related to re-integration, allowing a re-totalizing paradigmatic posture of the reality, the use of problem based learning strategies both in professional forming and in permanent education of SUS workers, building public policies and health models of attention aiming the integrality. Although health promotion was not described as a specific category, it undergoes most possibilities for actions mentioned, acting as a structural framework.

Keywords: Integrality. Oral health. Brazilian Health System. Social movements. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cegos no centro de uma galáxia.....	24
Figura 2 - Homem ou Cânon Vitruviano.....	28
Figura 3 - Representação fractal do Cânon Vitruviano.....	29
Figura 4 - Exemplo de fractal natural (brócolis).....	37
Figura 5 - Estrutura da rede fractal da saúde.....	38
Figura 6 - Homem sorrindo.....	39
Figura 7 - Boca fragmentada.....	40
Figura 8 - Esquema Fractal da Saúde bucal.....	44
Figura 9 - Representação dinâmica de fractal.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ABRASBUCO	Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIARIS	Centro Informático de Aprendizagem e de Recursos para a Inclusão Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP/UFG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
ENATESPO	Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GTEO	Grupo de Trabalho em Extensão em Odontologia
GTI	Grupo de Trabalho Integrado
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change (Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas)
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
NESCO	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
REDEPOP	Rede de Educação Popular em Saúde
SEPPIR	Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPD	Técnico de Prótese Dentária
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Integralidade.....	20
3.1.1 <i>Integralidade na saúde.....</i>	30
3.2 Saúde Bucal.....	39
3.2.1 <i>Odontologia, saúde bucal e SUS.....</i>	50
3.2.2 <i>Saúde bucal e movimentos sociais.....</i>	55
4 CENÁRIOS.....	57
4.1 Sistema Único de Saúde Brasileiro.....	57
4.2 Movimentos Sociais.....	63
5 METODOLOGIA.....	67
5.1 Tipo de estudo.....	67
5.2 Local e período.....	68
5.3 Participantes.....	68
5.4 Aspectos éticos.....	70
5.5 Instrumentos e procedimentos.....	71
5.6 Análise dos dados.....	72
5.6 Apresentação dos resultados.....	73
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
6.1 Caracterização dos participantes.....	75
6.2 Categorias temáticas.....	76
6.2.1 <i>Diferentes significados da integralidade.....</i>	77
6.2.1.1 <u>Modelos de atenção/ Modelos assistenciais.....</u>	77
6.2.1.1.1 Aproximação entre os modelos assistenciais e a integralidade.....	77
6.2.1.1.2 Afastamento entre os modelos assistenciais e a integralidade.....	84
6.2.1.2 <u>Fractal.....</u>	86
6.2.1.3 <u>Dinamicidade.....</u>	89
6.2.2 <i>Percepção sobre a saúde bucal no SUS.....</i>	91
6.2.2.1 <u>Afastamento – tão perto e tão longe.....</u>	91
6.2.2.2 <u>Cuidado além da boca.....</u>	102
6.2.2.3 <u>Bucalidade.....</u>	105
6.2.3 <i>Percepção sobre a saúde bucal nos movimentos sociais.....</i>	108
6.2.3.1 <u>Afastamento – movimento dos sem-dente?.....</u>	108
6.2.3.2 <u>A necessidade de aproximação: a boca ganha voz e a Odontologia, ouvidos?.....</u>	111
6.2.3.3 <u>Organizações relacionadas com a categoria odontológica.....</u>	114
6.2.4 <i>Possibilidades de ação.....</i>	116
6.2.4.1 <u>Reintegradores (re-totalizadores).....</u>	116
6.2.4.1.1 Reconstrução e re-totalização da realidade.....	116
6.2.4.1.2 Necessidades percebidas na realidade.....	120

6.2.4.1.3 Metodologias problematizadoras	126
6.2.4.1.4 Políticas públicas reintegradoras.....	132
6.2.4.2 <u>Modelos de atenção reintegradores da saúde bucal</u>	136
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
REFERÊNCIAS.....	150
GLOSSÁRIO.....	165
ANEXOS.....	172

1 INTRODUÇÃO

Da lama ao caos

*Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar
Posso sair daqui para me organizar
Posso sair daqui para desorganizar*

[...]

Da lama ao caos, do caos à lama

[...]

*Com a barriga vazia não consigo dormir
E com o bucho mais cheio comecei a pensar
Que eu me organizando posso desorganizar
Que eu desorganizando posso me organizar
Que eu me organizando posso desorganizar*

[...]

(Chico Science)

Pensar sobre a integralidade da forma mais ampla possível traz à tona questões elementares da existência humana. Quem, ao menos uma vez, não teve inquietações como estas: O que é a vida? Que planeta é este? Como surgiu o Universo? O que existe além do planeta Terra?

O convite que se faz, neste trabalho, é para uma mudança de perspectiva, para observar a vida sob outro prisma e assim *sair daqui para se desorganizar*. Sair daqui seria ir para um tempo antes da criação da Terra e da vida, para a criação do Universo quando havia apenas o caos.

Estudos comprovam que os seres humanos, a vida e tudo o que existe é constituído de partículas que nasceram com o Universo. Logo, todos os seres vivos são originários de partículas do Universo (MORIN, 2007).

O termo homem advém da palavra *humus*, que significa terra fértil. Entretanto, o homem com seu conhecimento e sua cultura “esqueceu-se” de sua ligação com a terra e o meio ambiente, estabelecendo, então, uma relação de dominação planetária caracterizada pelo antropocentrismo e o desrespeito à Terra (BOFF, 2004).

O antropocentrismo e a perda de consciência do homem de que ele integra o Universo são considerados por Santos (2002) como conseqüências de uma ação científica ou do estabelecimento de paradigmas que promoveram violências epistemológicas.¹ Em nome da ciência cometeu-se muito “epistemicídio”. Ela foi usada muitas vezes pelo poder dominante como forma de exploração e extermínio de povos e grupos sociais (SANTOS, 2002).

Nota-se uma crise de confiança epistemológica nas ciências atuais. Este trabalho parte de um pressuposto epistemológico que considera outras ciências, outros saberes e que reconhece paradigmas alternativos como a teoria da complexidade, a teoria de Gaia e as novas teorias quânticas. Esses paradigmas são evidências da necessidade de superação da desigualdade epistemológica e da possibilidade de uma ciência multicultural que se contraponha à ciência moderna. Há uma crescente tendência de desaparecimento da distinção entre conhecimento científico e conhecimento popular (SANTOS, 2002). Para facilitar a compreensão deste estudo, recorreu-se a diversas fontes de conhecimento, como arte, música, poesia, fábulas e metáforas, que reconhecem o saber popular.

A aproximação desses outros conhecimentos, para Machado (1994), é o motor dos processos criativos. E, além de aproximar de conceitos mais familiares ao leitor, auxilia na construção do conhecimento e nos processos de ensino. Para isso ele defende o uso de metáforas. Segundo Aristóteles, elas consistem em uma transferência de significados com base na analogia ou na semelhança e fazem uma permanente transição entre os sentidos literal e figurado. Machado (1994) considera que as metáforas são semelhantes às fábulas, usualmente associadas a discursos morais. Em forma de alegorias, podem extrapolar o discurso argumentativo ou os limites do verbal, assumindo formas múltiplas, como a pintura, a escultura ou a mímica.

¹**Epistemologia:** “S. f. Filos. Estudo crítico dos princípios, hipóteses e resultados das ciências já constituídas [...]”; teoria da ciência” (FERREIRA, 1999, p. 673).

Uma metáfora que ilustra o ponto de vista sobre integralidade defendido nesta dissertação é a Hipótese de Gaia,² que recorre à deusa grega de mesmo nome. Nesta hipótese, a Terra é entendida como um organismo auto-regulador. Portanto, sob crescentes níveis de poluição e degradação, pode regular-se elevando sua temperatura em até 6 graus Celsius, o que acarretaria uma série de desastres ambientais: aumento do nível do mar, falta de água potável e morte de milhares de espécies, inclusive de parte da espécie humana. Efeitos dessas mudanças já podem ser percebidos: as chuvas intensas, o deslizamento de encostas de morros e os casos de enchentes que deixaram cidades em estado de calamidade pública, ocorridos no Brasil no início de 2007. Em oposição ao crescimento econômico, é alta a taxa de iniquidade social, como o desemprego, a diminuição dos salários e uma perversa devastação do meio ambiente. Na atualidade, o consumismo humano supera a capacidade de reposição do planeta, que é de 25%, portanto seriam necessários três planetas para sustentá-lo. O aumento da taxa de natalidade e o desenvolvimento tecnológico ameaçam de maneira letal a vida na Terra (BOFF, 2007).

O ser humano parece ser o único responsável pelas mudanças climáticas que vêm ocorrendo na atualidade (BOFF, 2007). O Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC), criado em Paris, tem a função de acompanhar essas mudanças climáticas e é composto por representantes de todos os países (GLOBO, 2007).

Esta é outra dimensão da integralidade: a interligação de tudo com o todo, o que envolve o consumo de bens, as relações entre os seres humanos ou deles com as outras espécies (BOFF, 2004). É necessário mais que uma multiplicidade de olhares, ou a somatória de cegueiras, os paradigmas devem ser mudados, o que significa buscar novas formas de se

²A Hipótese de Gaia foi apresentada pelo britânico James E. Lovelock em 1969. Defende o ponto de vista de que o planeta Terra é um organismo vivo. Embora já tenha sido muito contestada, são crescentes os estudos que a fortalecem. Mesmo sem a sua comprovação, pode-se utilizá-la como uma ferramenta para uma compreensão mais integrada da interligação de tudo com o todo (WIKIPÉDIA, 2007a). A Hipótese de Gaia sustenta que os organismos evoluíram junto com o ambiente físico, formando um sistema complexo de controle que mantém as condições da Terra favoráveis à vida (LIMA-TAVARES, 2002).

perceber, de estar no e com o mundo, condição *sine qua non* para a continuação da vida na Terra.

A integralidade é um construto com muitos sentidos e repleto de contradições, uma vez que pode ser percebida de acordo com a individualidade, a vivência (usuário, profissional, gestor ou participante de movimento social) ou o paradigma (holístico ou cartesiano/mecanicista).

O paradigma ou a concepção mecanicista do Universo adota as noções de causa e efeito (como se todos os resultados fossem previsíveis e decorrentes de ações determinadas) e de linearidade. Tais noções têm sido questionadas, pois não são suficientes para explicar o processo de vida e de degradação do planeta (BARUFI, 1999). Um novo paradigma sugerido por Almeida Filho (2004) é o da complexidade. É necessário disseminá-lo para que as futuras gerações não reduzam a uma só causa os problemas do planeta, pois eles estão vinculados uns aos outros (MORIN, 2007). É necessária a adoção de um pensamento planetário, global, complexo e orgânico, sem reducionismos ou simplificações, como condição para a continuação da vida na Terra. Morin (2007) afirma que se deve mudar a concepção fragmentada e dividida do mundo, uma vez que ela impede a visão total da realidade, segundo a qual tudo está interligado e o planeta já está, ao mesmo tempo, unido e fragmentado.

Para Dabas e Najmanovich (1995 apud BARUFI, 1999), todo o Universo é visto como uma rede de interações, nada é definido de maneira independente. Os autores dão como exemplo a versão popular do “efeito borboleta”: uma borboleta que bate as asas sobre o mar da China pode favorecer um tornado nos Estados Unidos. Essa compreensão está aliada à superação da concepção estática do átomo, que passou da noção estática e metafórica da bola de bilhar para uma descrição dinâmica em forma de rede ou padrão de interações.

Esta ruptura de paradigmas das ciências, a busca de uma noção planetária, a consideração da coexistência e o entrelaçamento de todos os conhecimentos trazem uma nova

noção de integralidade. Partindo dessa premissa, várias rupturas são necessárias para a compreensão deste trabalho e para ressignificar a integralidade e a saúde bucal.

Para iniciar este trabalho um grande impasse foi criado ao se propor discutir integralidade na saúde bucal, pois se percebeu que isso também seria uma fragmentação. Buscou-se, então, compreender o que há por trás da integralidade caracterizada como um desejo, um princípio, uma imagem-objeto.

A trajetória de vida da autora colaborou para o desenvolvimento deste trabalho, pois sua formação, pautada no modelo cirúrgico-restaurador, era fonte de inquietação. Ao ingressar no serviço público em 2001, em uma cidade com aproximadamente 6 mil habitantes, percebeu novas e variadas possibilidades de trabalho na comunidade. A consequência direta dessas experiências foi a pós-graduação em Odontologia e Saúde Coletiva na Universidade Federal de Goiás (UFG), iniciada em 2003. Como facilitadora de educação permanente, teve a oportunidade de conhecer a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e a Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP). Nesses ambientes entrou em contato com movimentos sociais, escritores, professores e acadêmicos militantes da educação popular de todo o país.

No V Fórum Nacional de Educação e Promoção da Saúde e no II Seminário Nacional de Educação Popular e Saúde, ocorridos de 11 a 14 de dezembro de 2005, em Brasília (DF), a autora articulou e apresentou o painel *As práticas de saúde bucal nos processos de educação popular*, sob a coordenação de Fernando Molinos Pires, Simone Tetu Moysés e José Ivo Pedrosa. Nesse mesmo evento foi realizada a coleta de dados por meio de entrevistas com pessoas ligadas à ANEPS, aos movimentos sociais e ao SUS, entre as quais havia estudiosos que unem o saber técnico-científico ao saber popular. A inserção da autora em um espaço híbrido como dentista da clínica privada e do SUS, sua participação na

REDEPOP e na ANEPS e sua atuação nos espaços de formação, como a universidade, também contribuíram para esta inquietação e para a proposta deste projeto de dissertação.

Para investigar este assunto, foi utilizada a metodologia qualitativa que busca um aprofundamento dos fenômenos. O principal instrumento foi a entrevista orientada por um roteiro.

A busca por saúde, qualidade e melhores condições de vida sempre foi uma preocupação humana.

No Brasil, os movimentos sociais, em especial o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, defenderam na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, idéias e valores que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988, conhecida como constituição cidadã, reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A integralidade, uma das bandeiras defendidas pela Reforma Sanitária, assumiu tal importância que se tornou um dos princípios do SUS.

Este trabalho propõe-se, então, a identificar possibilidades de ação que atendam ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, segundo a percepção³ de seus participantes.

O glossário inserido como apêndice se justifica pela importância dos marcos teóricos, das construções históricas e coletivas dos conceitos e o que eles representam para cada época.

³**Percepção:** “S. f. Ato, efeito ou faculdade de perceber”. **Perceber:** “V. t. d. 1. Adquirir conhecimento de, por meio dos sentidos. 2. [...] compreender” (FERREIRA, 1999, p. 1306).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar possibilidades de ação que atendam ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, segundo a percepção de seus participantes.

2.2 Objetivos específicos

Tendo como base a percepção dos participantes do SUS e dos movimentos sociais,

- apreender os diferentes significados da integralidade;
- conhecer a percepção sobre a saúde bucal no âmbito do SUS;
- conhecer a percepção sobre a saúde bucal nos movimentos sociais;
- identificar possibilidades de ação que favoreçam o resgate do princípio da integralidade no que se refere à saúde bucal no SUS e nos movimentos sociais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A mais bela experiência que podemos ter é a do mistério. É a emoção fundamental existente na origem da verdadeira arte e ciência. Aquele que não a conhece e não pode se maravilhar com ela está praticamente morto e seus olhos estão ofuscados.
(Albert Einstein)

Apresenta-se, nesta seção, o referencial teórico que fundamenta este trabalho relativamente a integralidade, movimentos sociais, SUS e saúde bucal. Para cada um desses tópicos será feito um breve histórico, além do desenvolvimento dos aspectos conceituais, visto que as idéias apresentadas são construções coletivas e históricas.

3.1 Integralidade

Para se aproximar do termo integralidade e de seus sentidos, cabe recordar a lenda indiana “dos cegos e do elefante”. Para aproveitar melhor a leitura, sugere-se que o leitor se imagine como um dos cegos da história e apague da mente o que já sabe sobre um elefante. A seguir uma das versões da lenda (VILELA, 2007):

Era uma vez seis cegos à beira de uma estrada. Um dia, lá do fundo de sua escuridão, eles ouviram um alvoroço e perguntaram o que era. Era um elefante passando e a multidão tumultuada atrás dele. Os cegos não sabiam o que era um elefante e quiseram conhecê-lo. Então o guia parou o animal e os cegos começaram a examiná-lo: Apalpam, apalpam... Terminado o exame, os cegos começaram a conversar:

— Puxa! Que animal esquisito! Parece uma coluna coberta de pêlos!

— Você está doido? Coluna que nada! Elefante é um enorme abano, isto sim!

— Qual abano, colega! Você parece cego! Elefante é uma espada que quase me feriu!

— Nada de espada e nem de abano, nem de coluna. Elefante é uma corda, eu até puxei.

— De jeito nenhum! Elefante é uma enorme serpente que se enrola.

— Mas quanta invencionice! Então eu não vi bem? Elefante é uma grande montanha que se mexe.

E lá ficaram os seis cegos, à beira da estrada, discutindo partes do elefante. O tom da discussão foi crescendo, até que começaram a brigar, com tanta eficiência quanto quem não enxerga pode brigar, cada um querendo convencer os outros que sua percepção era a correta. Bem, um não participou da briga, porque estava imaginando se podia registrar os direitos da descoberta e calculando quanto podia ganhar com aquilo.

A certa altura, um dos cegos levou uma pancada na cabeça, a lente dos seus óculos escuros se quebrou ferindo seu olho esquerdo e, por algum desses mistérios da vida, ele recuperou a visão daquele olho. E, vendo, olhou; e, olhando, viu o elefante, compreendendo imediatamente tudo.

Dirigiu-se então aos outros para explicar que estavam errados; ele estava vendo e sabia como era o elefante. Buscou as melhores palavras que pudessem descrever o que vira, mas eles não acreditaram, e acabaram unidos para debochar e rir dele.

Pode-se afirmar que a pretensão dos cegos era perceber integralmente o elefante. Nessa história, cada um teve uma percepção diferente acerca do elefante, ou melhor, de suas partes, o que evidencia que um mesmo objeto pode ser visto sob diferentes ângulos. Contudo, isso não contribuiu para que esse conhecimento fosse integral ou profundo, ou mesmo que percepções somadas o fossem, porque elas precisariam ser dialogadas, visto que envolviam concepções antagônicas e até mesmo dinâmicas, pois um dos cegos percebeu o elefante de outra forma quando o pôde ver.

O elefante, dentro de sua complexidade, pode ser percebido de diferentes formas, dependendo da cultura, do conhecimento. Por exemplo: descrito por um guru indiano certamente seria um deus hindu, *Ganesh*, uma divindade; um biólogo o descreveria como um mamífero *proboscídeos elefantídeos* (WIKIPÉDIA, 2007b), um ecologista destacaria suas relações com o ecossistema.

O esforço para compreender o elefante na sua integralidade pode ser comparado à busca por entender os sentidos da palavra integralidade. A fragmentação do olhar, o reducionismo, a desqualificação dos outros olhares e a pretensão isolada da totalidade impediram a compreensão total do elefante e de seu contexto.

O olhar fragmentado e reducionista foi instrumento para a busca de conhecimento na ciência ocidental e, de modo especial, na Medicina, por influência do pensamento Cartesiano com sua concepção mecanicista da vida. A filosofia de Descartes, que lançou as bases do pensamento Cartesiano, propôs uma rigorosa divisão entre o corpo e a mente que influenciou médicos e cientistas a se concentrarem na máquina corporal, negligenciando tanto os aspectos psicológicos e sociais do ser humano quanto os ambientais (CAPRA, 1982).

De acordo com Boff (2004), esta forma fragmentada e reducionista de percepção deve-se ao Realismo Materialista, um paradigma fundador da ciência moderna. O autor sustenta que esta forma de percepção leva à perda da conexão com o todo. Desse modo, o ser humano não se percebe mais como parte do universo, o que explica a sua falta de cuidado com o mundo.

Conforme o pensamento cartesiano, a doença seria o resultado do mau funcionamento da máquina corporal. Segundo Luz (1998 apud ROZEMBERG; MINAYO, 2001), a objetivação científica das doenças instaurou um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença o que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e curas dos sujeitos doentes. A biomedicina deslocou-se a tal ponto da vida cotidiana, vivida pelos sujeitos doentes, que

atualmente a maior parte de seus relatos é desconsiderada pelo profissional de saúde como constituinte de seu objeto de saber e prática (ROZEMBERG; MINAYO, 2001). Metaforicamente, seria apenas olhar a unha inflamada do elefante, sem considerar seu conjunto e contexto.

Na antiga Grécia, o ideal de educação era o saber da totalidade. Os mestres gregos tinham no seu programa de ensino a noção de *Paidea*, formação do homem integral, que consistia em: gramática, dialética, retórica, aritmética, geometria, música e astronomia. As disciplinas, articuladas entre si, complementavam-se formando um todo unitário. O advento da Idade Moderna com a colaboração do projeto iluminista e o surgimento da ciência moderna provocaram crescente desintegração do saber unitário (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Entretanto, segundo Rozemberg e Minayo (2001), o olhar reducionista é condição do ato de conhecer, pois assim que racionaliza algum aspecto da experiência, mesmo que momentaneamente, excluem-se os demais. Ao focalizar a atenção na tentativa de apreender algum aspecto da experiência, o olhar é necessariamente redutor da experiência como um todo. Os autores defendem a idéia de que o problema não está no reducionismo em si, mas na pretensão de totalidade e de verdade unívoca, ou seja, de um olhar estritamente biomédico, psicológico, ou sociológico, ou de uma forma de perceber que desconheça ou desqualifique os outros olhares.

A Figura 1, resultante de uma montagem feita pela autora deste trabalho, ilustra os cegos da lenda no centro de uma galáxia. Pode-se dizer, metaforicamente, que os cegos representam a humanidade e o elefante, a realidade,⁴ ou seja, é possível estabelecer um paralelo entre as diferentes percepções dos cegos e a fragmentação do conhecimento.

⁴ Realidade, no marxismo, é um todo dinâmico, em permanente desenvolvimento, em unidade de contrários, cujo conhecimento é um processo de conquistas de verdades relativas como parte de uma verdade única e absoluta (MINAYO, 2006). Já na teoria da complexidade é a coexistência e a inter-relação de todos esses

Na oportunidade que os seis cegos tiveram para conhecer o elefante, suas diferentes percepções os levaram à discussão e à discórdia, cabendo aqui uma comparação com os “epistemicídios” citados por Santos (2002). Com a sobreposição de opiniões, a possibilidade de conhecimento do todo se perdeu juntamente com a oportunidade do diálogo e do compartilhamento e entrelaçamento de experiências e percepções. No fim do episódio, a única coisa que os manteve unidos foi o deboche ao cego que passou a enxergar.

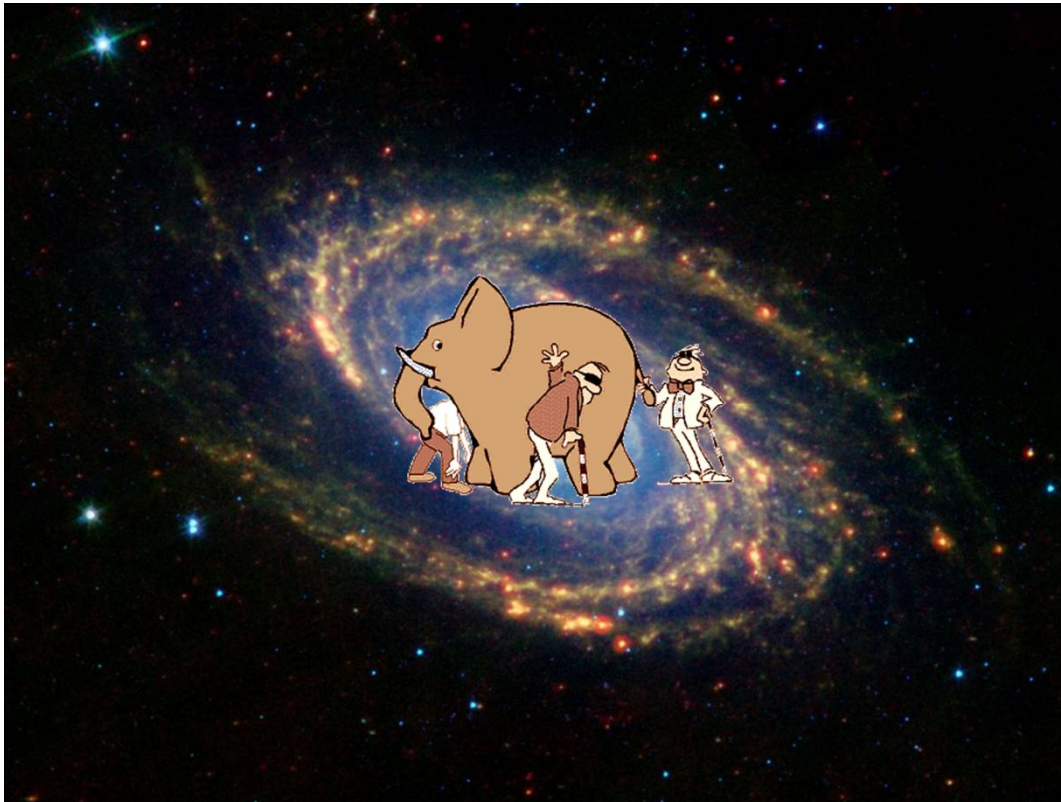


Figura 1 - Cegos no centro de uma galáxia.

Mas a pergunta ainda não foi respondida. Como seria o elefante na sua integralidade? Ou como seria compreender o conceito de integralidade na sua integralidade?

Não se tem a pretensão de responder a estas perguntas. Vale ressaltar que o cego que recuperou a visão e que poderia perceber o elefante de forma “mais” integral desconsiderou as percepções dos demais, mesmo que percebidas em parte. Neste trabalho não se tem a pretensão da totalidade ou do esgotamento do tema integralidade, antes se tenta fugir do

reducionismo estabelecendo o diálogo entre alguns olhares e/ou cegueiras. O termo cegueira foi utilizado aqui para demonstrar as concepções focalizadas que não dialogam, ou seja, que desconsideram as demais e apenas reduzem sem considerar o todo. Não é somente soma de todas as perspectivas e, sim, uma abordagem capaz de integrar as visões disciplinares das divisões das ciências em uma visão transdisciplinar no sentido utilizado por Morin (ALMEIDA FILHO, 2004).

Esta história ilustra bem a polissemia do termo integralidade, que, embora carregue o sentido de totalidade, tem diferentes facetas ou pode ser percebido de diferentes formas. Para se chegar a uma visão mais total deste termo, ou de qualquer outro, deve-se afastar dos reducionismos cegos e, sem a pretensão da totalidade, tentar dialogar e apresentar alguns olhares (mesmo que focalizados) sobre a integralidade. Esta lenda ilustra a idéia de que a polissemia do termo *integralidade* pode estar associada à percepção individual, que pode ser disciplinar (linear) ou complexa.

Uma fala de Paulo Freire (NOGUEIRA, 1994, p. 23) confirma esta história:

Temos aí mais outra evidência de que o real é, enquanto real, uma totalidade transdisciplinar. E só é apreendido em re-totalizações. A inter (ou trans) disciplinaridade é demanda da natureza e da realidade do mundo. É como se ela dissesse: “você, humanos, podem conhecer-me, mas, para ajudá-los, eu vou logo dizendo que só me conhecerão com a condição de correlacionarem dialogicamente as múltiplas partes ou tendências que são necessárias a vocês”. A transdisciplinaridade, então, foi uma descoberta do ser humano, descoberta necessária. Necessária para quê? Para lidar com outra necessidade anteriormente descoberta: ela veio para lidar (re-totalizando) com a necessidade da análise, que particulariza aspectos do real.

Para facilitar a compreensão da transdisciplinaridade e da re-totalização, serão utilizadas visões disciplinares com a possibilidade do diálogo entre elas, compreendidas no sentido de uma experiência dialógica que evidencia a dimensão essencialmente intersubjetiva da vida e da ética (CHAUÍ, 1994).

A necessidade de integração pode ser observada pelo foco das ciências econômicas e da política. Outra interpretação interessante de uma de suas derivações é a da *integração*: diferentes fases produtivas que terminam em um único produto, ou quando diferentes

unidades econômicas (os países) eliminam suas barreiras (CIARIS, 2006). É uma situação observada na atualidade com a formação dos blocos econômicos, como, por exemplo, o consolidado Bloco da União Européia. Na América Latina, vem sendo discutida, em uma perspectiva neoliberal, a implantação do MERCOSUL para a integração e o fortalecimento dos países integrantes (AGÊNCIA BRASIL, 2007).

No Brasil, foi criado em 2003, pelo atual governo, o Ministério da Integração Nacional, que, entre outras atribuições, deve articular entidades da sociedade civil, implementar instrumentos de consulta e participação popular de interesse do Poder Executivo, na elaboração da agenda futura do Presidente da República (BRASIL, 2003a). Neste caso, a integração é observada no sentido da participação da sociedade civil na agenda governamental.

No mundo repleto de injustiças e desigualdades, a integralidade pode ser vista como princípio estratégico. O Centro Informático de Aprendizagem e de Recursos para a Inclusão Social (CIARIS), de Portugal, com o objetivo de capacitar pessoas para a luta contra a exclusão social, defende a integralidade como um princípio estratégico para a compreensão e atuação contra a exclusão. Embora os sujeitos sejam considerados integrais, a manifestação de um aspecto não impede que este seja mais urgente ou importante, sendo então necessária a definição de estratégias e objetivos. E para entender a integralidade, devem ser feitas interligações entre os setores de produção e de reprodução da exclusão (CIARIS, 2006).

Uma primeira aproximação pode ser feita pela etimologia da palavra: origina-se do verbo integrar, no latim *integrare*, que significa “inteiro”, mais o sufixo *dade* significando “qualidade, estado ou resultado da ação” (GOIÁS, 2003).

Já no senso comum, significado contido no dicionário (FERREIRA, 1999, p. 955), *integrar* é “1. Tornar inteiro: completar [...]; 4. Juntar-se, tornando-se parte integrante de [...]”. Para Santos (2006), o senso comum é indisciplinar e sem método, pois não resulta de uma

prática orientada para produzir e se reproduz espontaneamente no cotidiano da vida, não produz rupturas significativas com o real.

O verbo integrar e suas derivações podem assumir vários sentidos como, por exemplo, quando são usados pelas ciências exatas: ao designar uma integral, significa uma quantidade diferenciada no sentido de somar as partes infinitesimalmente pequenas (CEPA, 2006). Este significado não foge do senso comum e até o enriquece com representações matemáticas, como neste exemplo de integral:

$$\int_a^b f(x) dx = \lim_{n \rightarrow \infty} \sum_{i=1}^n f(x_i^*) \Delta x_i$$

A integralidade, no sentido de somar as partes, pode ser percebida de forma simples ou complexa, positivista ou não, depende do foco, do ponto de vista. Se se considerar as contradições, é possível fazer um paralelo com a representação do Homem ou *Canôn Vitruviano*, de Leonardo Da Vinci (Figura 2), freqüentemente associado à integralidade, que pode ser considerado cartesiano e positivista. Este símbolo foi assumido pelo Laboratório de Pesquisa sobre as Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) por ser considerado um dos desenhos conhecidos mais perfeitos e por expressar o ideal pitagórico de que o homem é a medida de todas as coisas. Representa a unidade na diversidade, o homem no mundo e o mundo no homem, as relações entre o meio e o indivíduo, a desfragmentação, a interdisciplinaridade, a relação simbiótica entre a teoria e a prática expressa na imagem de um homem estático e em movimento sincrônico, colocado no centro de um círculo e quadrado (LAPPIS, 2006).

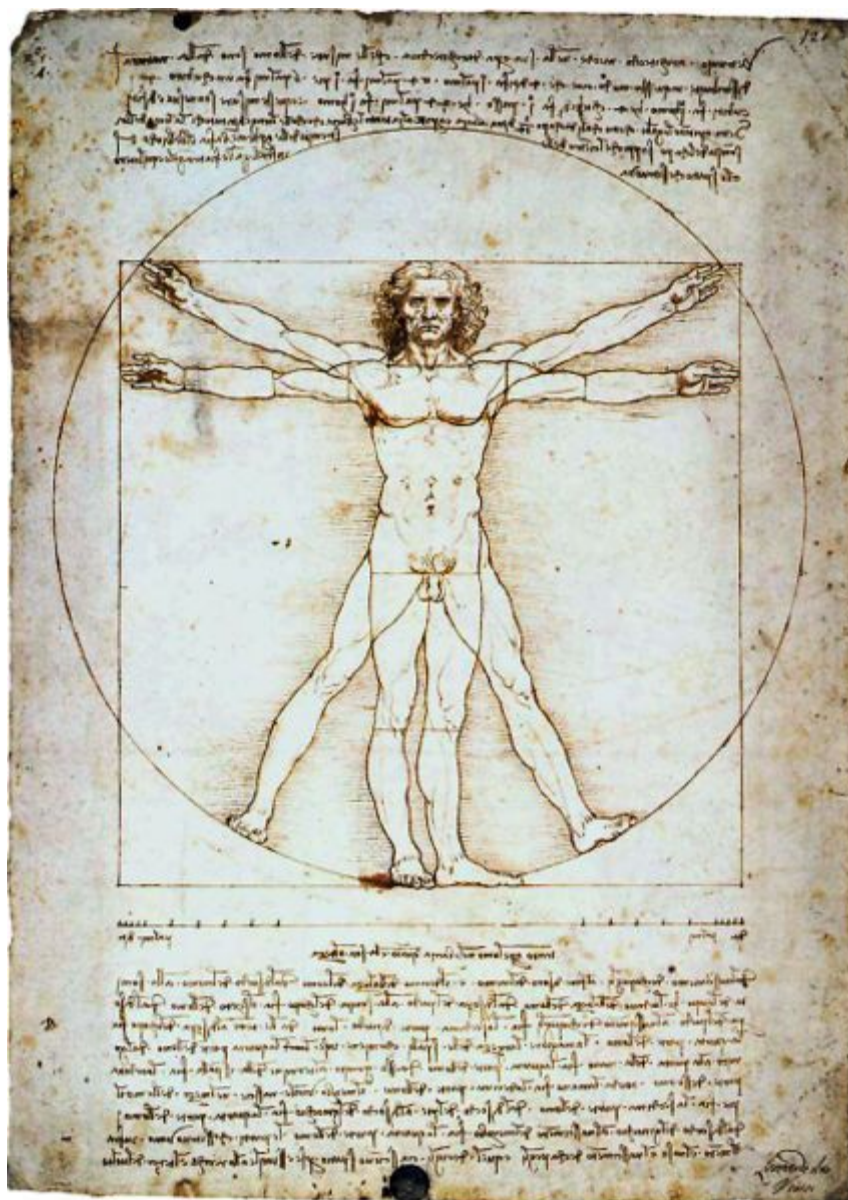


Figura 2 - Homem ou *Cânion Vitruviano*.
Fonte: WIKIMEDIA (2007).

Assim como a integral, a percepção simplificada no *Cânion Vitruviano* (Figura 2) pode assumir uma concepção que considera os antagonismos e o sincronismo dessas representações. Na tentativa de compreender o *Cânion Vitruviano* dentro do pensamento complexo, a autora construiu uma representação inserindo-o dentro de um fractal (Figura 3). Para isso partiu da idéia de que a percepção depende do olhar que, por sua vez, depende do ponto de vista.

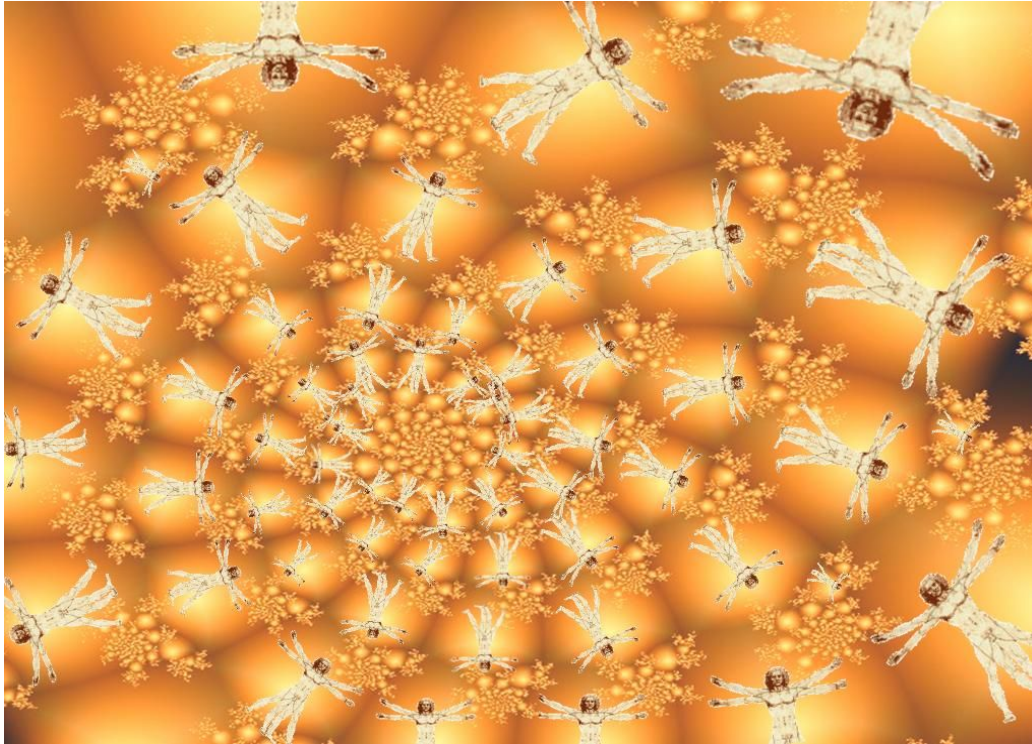


Figura 3 - Representação fractal do *Cânion Vitruviano*.

Novas correntes de pensamento e a realidade mostram a necessidade de integrar. E, em alternativa ao Realismo Materialista, surgem outros paradigmas com concepções holísticas, alguns fundamentados na física quântica que demonstra uma profunda interconexão de tudo e forte ligação entre a realidade e o observador (BOFF, 2004).

Para Almeida Filho (2004), há olhares múltiplos coabitando ou coexistindo em certo campo científico, mas há a necessidade de descobrir a unidade na imensa diversidade complexa de objetos, mirantes e olhares. Porém, há algo maior que a mera soma dessas formulações, que é capaz de viabilizar o entendimento dessa unidade na diversidade, envolvendo antagonismos procedentes.

Pode-se concluir que a compreensão de algo, na integralidade, deve ir além da necessidade de reducionismos para a compreensão do objeto, deve estar aliada à necessidade de junção com o todo, transcendendo e considerando contradições e diversidades. Integralidade é um termo plural, ético e democrático (MATTOS, 2001).

3.1.1 *Integralidade na saúde*

Considerando a multiplicidade de olhares sobre a integralidade na saúde, a revisão da literatura teve como finalidade perceber este “elefante” na sua integralidade.

Na saúde, a indignação diante da atitude freqüentemente reducionista e fragmentada da prática médica, bem como de sua baixa resolubilidade, desencadeou o movimento da medicina integral ou preventiva. Em 1946, no Reino Unido, o *National Health Service* (NHS Act) estabeleceu como princípio a responsabilidade coletiva por serviços completos, os chamados *Comprehensive Health Service*. Mais tarde, em 1971, em Quebec, a reforma Castonguay-Nepveu, realizada nos serviços sociais e de saúde, tinha como foco o acesso universal e a integralidade (CONILL, 2004). Como um movimento ideológico, a medicina preventiva critica a medicina curativa por ser uma prática médica que prioriza o diagnóstico e o tratamento, deixando a prevenção e a reabilitação em plano secundário (TORRES, 2002).

Para Arouca (1975), a ineficiência da prática médica é decorrente da centralização na intervenção terapêutica e do conseqüente descuido da prevenção da ocorrência. A especialização crescente da medicina e o enfoque predominantemente biológico levaram o profissional a ter uma visão cada vez mais reduzida do homem, com o foco apenas em órgãos e estruturas, perdendo completamente a noção de sua totalidade. A medicina curativa, realizada em um contexto de interesses puramente individualistas, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população e a educação médica foi dominada pela ideologia curativa.

Com o objetivo de garantir serviços de saúde integrais, na primeira metade do século XX em todo o mundo, aconteceu a expansão das políticas públicas e dos sistemas de saúde.

Nos anos 70, no Brasil, a proximidade dessas idéias com os departamentos de Medicina Preventiva também propiciou uma renovação teórica; nascia a Saúde Coletiva, um campo de conhecimento construído com base na crítica à saúde pública tradicional

(MATTOS, 2001). A Medicina Integral, ou *Comprehensive Medicine*, foi o marco conceitual para o movimento sanitário brasileiro (PAIM, 1997). Como uma disciplina do currículo médico e uma estratégia de operacionalização nos serviços de saúde, contrapunha-se à Medicina Comunitária fortemente influenciada pelo modelo natural das doenças e, conseqüentemente, pelos distintos níveis de prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Com efeito, o movimento da Medicina Integral pautava-se pelo princípio da integralidade da atenção, associado às propostas racionalizadoras tais como: regionalização e hierarquização de serviços, tecnologias simplificadas, utilização de pessoal auxiliar, participação da comunidade, etc. Muitos dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde e dos programas especiais voltados para grupos populacionais e específicos, implantados no Brasil nos anos 70, foram influenciados pelo corpo doutrinário da Medicina Integral e respaldados, posteriormente, pela Declaração de Alma Ata (PAIM, 2007).

Desta forma, o dilema da Medicina Preventiva foi considerado por Arouca (1976 *apud* PAIM, 1997) como um modo otimista de enfrentar os agravos em saúde, eliminando o agente agressor e restaurando o equilíbrio homeostático. Segundo o autor, estava associado à dificuldade de operacionalizar esses níveis de prevenção em sistemas de saúde estruturados sob lógicas e interesses diversos daqueles referidos à prevenção.

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária, ou de democratização da saúde, colaborou para que o direito à saúde fosse garantido na Constituição Federal de 1988, ficando estabelecido no artigo 198 o "Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988). Segundo Campos (2003), a prioridade atribuída à prevenção tem forte conotação política baseada na trajetória política brasileira, de forma que o texto constitucional resgata a enorme dívida do sistema de

saúde com a prevenção de doenças da população. Neste caso, o termo *integral* é utilizado no sentido de totalidade na assistência, embora seja priorizada a prevenção.

Para assegurar o direito à saúde, a Constituição de 1988 criou o SUS, universal e descentralizado, integrado pelas três esferas de governo. Sua regulamentação se deu pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90) (BRASIL, 1990a, 1990b).

A integralidade é um conceito com muitos sentidos e guarda uma dimensão que reconhece todos os envolvidos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores), considerado um termo ético e democrático. Revela-se na particularidade dos diferentes contextos e saberes, operados no dia-a-dia do trabalho e na vivência dos sujeitos (MATTOS, 2001; SILVA JR; MASCARENHAS, 2004; PINHEIRO, 2005).

Segundo Mattos (2001), no contexto da luta do Movimento Sanitário, a integralidade na saúde se mostra como um amálgama de sentidos. Assim, com uma definição corre-se o risco de abortar alguns dos sentidos do termo e silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. Parte-se, então, do pressuposto de que a integralidade é um termo polissêmico, com diferentes sentidos e usos. A Constituição diz que integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade (BRASIL, 1988). Na perspectiva dos usuários, a ação integral pode ser associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

A garantia real desta integralidade deve estar relacionada com a ampliação do conceito de saúde, segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), considerando a saúde como um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como um conceito positivo que transcende o setor sanitário. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como requisitos da saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade.

Para que as necessidades do indivíduo sejam atendidas de forma integral, é necessário que haja (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004):

- a) reorganização dos serviços;
- b) mudanças na formação;
- c) atitude profissional.

Para a reorganização dos serviços, o conceito de integralidade supõe a integração de todos eles em redes assistenciais e o reconhecendo da interdependência entre os atores e as organizações, visto que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências para solucionar os problemas de saúde da população. Ao buscar a integralidade, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que as políticas e a reorganização dos serviços fundamentam-se em três categorias: *estrutural* (modificações das fronteiras das organizações), *clínica* (modificações nas práticas profissionais) e *cooperativa* (novas formas de negociação e de acordos entre atores e organizações).

Segundo Starfield (2004), para que ocorra a integralidade na saúde, devem ser atendidas todas as necessidades da população. Assim os serviços serão avaliados por sua variedade, disponibilidade e extensão.

A qualidade do cuidado e dos sistemas de saúde é um atributo importante para a garantia da integralidade na saúde. Baseado nesta premissa, Conill (2004) sistematizou quatro dimensões de intervenção:

- a) políticas públicas (ações de promoção e prevenção);
- b) organização da atenção (atenção nos três níveis de complexidade);
- c) gestão (articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação);
- d) cuidado individual (abordagem integral do indivíduo).

A integralidade, desde os anos 80, sempre foi colocada no foco das políticas públicas, justificando programas de intervenção. Primeiramente pensada em termos de uma articulação

entre aparatos institucionais e prestadores de serviços, como a integração entre os setores públicos e privados na produção dos cuidados de assistência médica e, depois, como um problema de gerência dos serviços. De qualquer modo, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam o SUS. Deve-se pensar na ação em duas esferas: a ação norteadora de projetos tecno-sociais e a ação que os realiza em serviços. A integralidade na saúde deve ser vista como um desafio cultural às práticas de saúde, pois é necessário romper o isolamento do saber técnico-científico, optando-se pela formação de equipe multiprofissional, fundamentada no diálogo e na construção de consensos e autonomias compartilhadas (SCHRAIBER, 1999).

A integralidade fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980 e estava presente em programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) e a Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) (BRASIL, 2003b). Finalmente, foi assumida como princípio do SUS (CONILL, 2004).

Na dimensão do cuidado profissional, a integralidade em saúde só ocorreria com a combinação farta e flexível de tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas decorrentes do espaço intersubjetivo do profissional de saúde e do paciente; as leve-duras são derivadas do uso do saber bem estruturado, como a clínica e a epidemiologia; as tecnologias duras são ligadas a equipamentos e procedimentos (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Um conceito importante para o entendimento das estratégias de ação para a integralidade é o modelo de atenção. Entende-se como modelo de atenção a combinação de técnicas e tecnologias individuais e coletivas, em razão de uma racionalidade ou de uma espécie lógica que orienta uma ação (PAIM, 1997). Este é um conceito amplo de modelo de atenção, pois considera do individual ao coletivo, do local às políticas públicas.

Em ensaio produzido por Pinheiro e Gomes (2005) sobre acolhimento e vínculo na gestão do cuidado, a integralidade foi compreendida como:

- a) traço de uma boa medicina;
- b) modo de organizar as práticas;
- c) respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

A noção de integralidade na saúde remete a uma dupla dimensão: a primeira é a integralidade dos sistemas de saúde e da construção dos chamados sistemas integrados; a segunda é a integralidade nas práticas de saúde, ou seja, na articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais dos sistemas de serviços (PAIM, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Para Campos (2003), a integralidade pressupõe atuar sobre os determinantes e os riscos de adoecimento, com a garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção.

Nota-se que a integralidade é um tema bastante discutido, de modo que, para fomentar o discurso e tentar operacionalizá-lo na saúde, foram criados grupos de estudo e realizadas conferências. Exemplo dessas iniciativas é o LAPPIS, criado para superar uma forma de fazer política conforme os modelos que requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente (LAPPIS, 2006). A polissemia do termo integralidade ilumina as relações entre os sujeitos no cotidiano das instituições, onde diferentes saberes e práticas interagem o tempo todo. Estas relações são repletas de contradições que podem ser revertidas em um espaço democrático, ganhando uma noção própria naquele contexto ou experiência (PINHEIRO, 2005). Mais que um princípio do SUS, definido constitucionalmente, a integralidade é também uma bandeira de luta, parte de uma imagem objetivo de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são

consideradas desejáveis por alguns. A integralidade tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

A literatura mostra que a integralidade é um conceito em construção, que se estende desde o modo de atuar democrático, com a integração dos saberes, até o cuidado alicerçado na relação de compromisso ético e político (PINHEIRO; MATTOS, 2006), que transcende a concepção de saúde definida pelo paradigma biomédico.

Na busca por perceber a integralidade de forma holística e integral, têm crescido as discussões sobre o paradigma da complexidade para a compreensão da integralidade e da saúde. Morin (2007) contribuiu com a proposta de noção de integralidade do conhecimento por meio do pensamento complexo, pois reforça a idéia de que não é possível existir conhecimento absoluto e isolado. Afirma que uma das diferenças entre o conhecimento científico e o pensamento complexo é que o primeiro é integral e uno e, mesmo assim, permite uma multiplicidade de conhecimentos parciais e fragmentados; o outro implica unidade com multiplicidade e unidade na diversidade (ALMEIDA FILHO, 2004).

Almeida Filho (2004) faz o uso metafórico de uma representação geométrica do pensamento complexo, o fractal⁵ (Figura 4). E, para tentar explicá-lo de acordo com o pensamento complexo, recorre a um desenho esquemático da estrutura fractal da rede da saúde (Figura 5). No exemplo estão presentes os elementos: saúde, desenvolvimento social e econômico e diversidade cultural. Segundo o autor, cada elemento reproduz um padrão geral de arquitetura fractal. Ele considera que o pensamento complexo é diferente de tudo o que se tem tentado até o momento como modelador do processo saúde-doença.

⁵ Fractal - É um objeto geométrico que pode ser dividido em partes, cada uma das quais semelhantes ao objeto original. Diz-se que os fractais têm infinitos detalhes, são geralmente auto-similares e independem de escala. Em muitos casos um fractal pode ser gerado por um padrão repetido, tipicamente um processo recorrente ou iterativo (WIKIPÉDIA, 2007c).



Figura 4 - Exemplo de fractal natural (brócolis).
Fonte: WIKIPÉDIA (2007c)

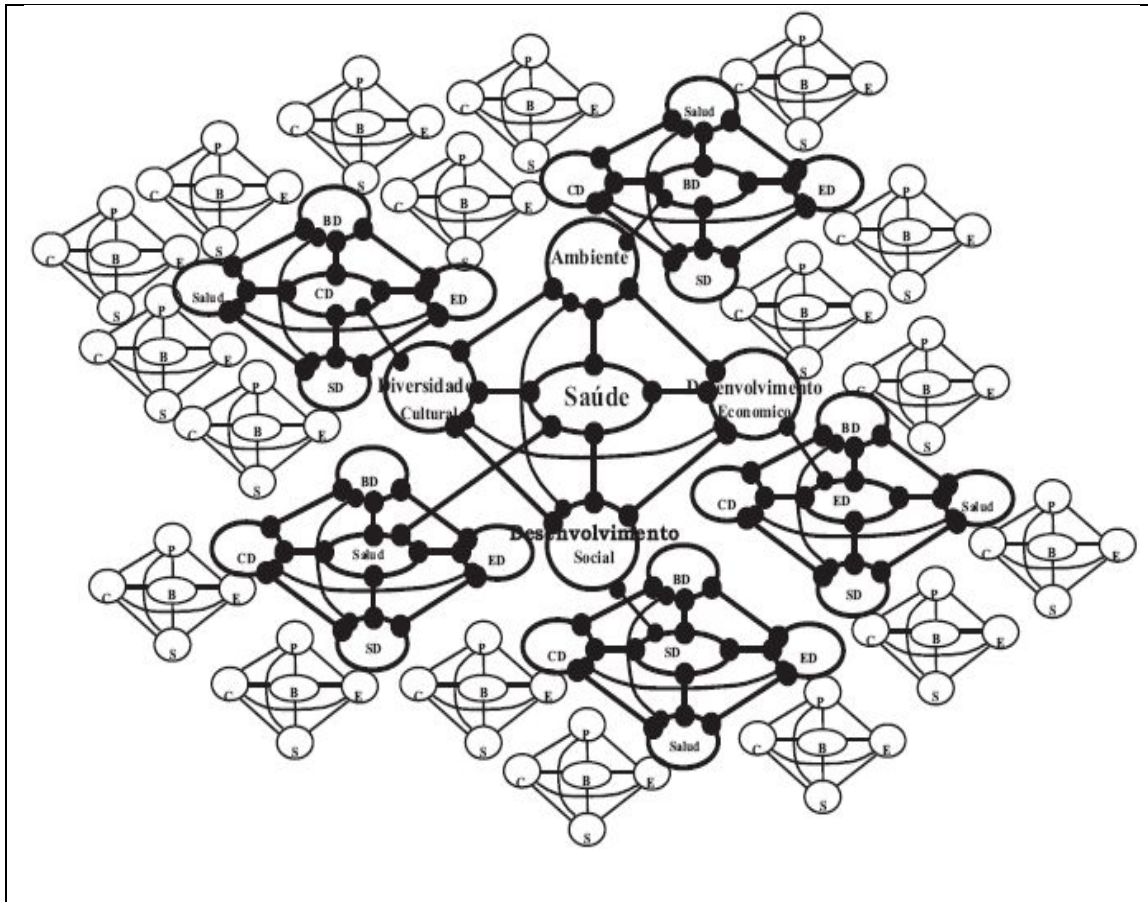


Figura 5 - Estrutura fractal da saúde.
Fonte: Almeida Filho (2004, p. 3).

Faz-se aqui o uso metafórico do fractal, considerando a necessidade de re-elaboração do conhecimento e de sua concepção. Desta forma, devem ser desenvolvidos novos instrumentos de representação, pois é necessário superar antigas formas de representação

como: conjuntos bem definidos, classificações estáveis, árvores ou estruturas hierárquicas imutáveis e cadeias causais linearmente condicionadas. Além disso, é preciso aproximá-las decisivamente de um novo paradigma, o de uma rede em um espaço de representação das relações entre o concreto e o abstrato, reconhecendo-se esta dualidade (MACHADO, 1994).

A compreensão da saúde por meio do pensamento complexo considera a idiossincrasia das ações de promoção, prevenção e assistência; a união entre gestão e atenção em saúde. Esta percepção deve estar voltada tanto para os cuidados individuais quanto para as políticas públicas, sem se esquecer da importância de re-totalizar estes elementos. Deste modo é possível pensar a integralidade, na perspectiva da saúde, como princípio do SUS, marcadamente contraditório, democrático e transformador.

Diante da revisão de literatura, este trabalho considera a integralidade como princípio percebido pelo foco da complexidade.

3.2 Saúde bucal



Figura 6 – Homem sorrindo.
Fonte: Blog (2007a).

A fotografia (Figura 6) que abre esta seção foi amplamente divulgada na internet, sem que fossem identificados contexto e autoria ou personagem fotografado. Apesar do

anonimato, a imagem é suficientemente impactante para introduzir discussões sobre o tema da saúde bucal.

A expressão saúde bucal é polissêmica e pode até parecer uma provocação inseri-la em um trabalho sobre integralidade. Como conceber a integralidade da saúde a partir de um ponto específico, a boca? Se existe uma saúde bucal, logo devem existir outros tipos de saúde relativos às outras partes do corpo. O silogismo pode estar correto, se avaliado com base em uma concepção reducionista e fragmentada, como ilustra a Figura 7.



Figura 7 - Boca fragmentada.
Fonte: Blog (2007b).

A expressão saúde bucal substituiu saúde dentária por se considerar que a responsabilidade do dentista vai além dos dentes e se estende até as estruturas adjacentes que os suportam e a certas porções da cavidade bucal. Portanto, a saúde bucal foi considerada como “[...] estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, [que] só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo” (CHAVES, 1986, p. 6). Para a construção deste conceito, foi utilizada a noção de saúde divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é um bem estar completo físico, mental e social e não apenas a ausência da enfermidade” (OMS, 1960, p. 3 apud Chaves, 1986, p. 5). Este conceito é difundido até hoje, mas passou a receber muitas críticas a partir da década de 1960, por considerar a saúde como algo utópico (SEGRE; FERRAZ, 1997) e exclusivamente individual.

Com base neste conceito, pode-se afirmar, de modo reducionista, que o homem da Figura 6 não possui saúde bucal.

Na ótica de alguns autores, a saúde bucal pressupõe uma funcionalidade da dentição que permite ao indivíduo exercer suas funções sociais adequadamente (DOLAN, 1993 apud PINTO, 2000). Este conceito supera a concepção mecanicista e individual atribuída por Chaves (1986) e considera a inserção social e a subjetividade.

Segundo outros autores, para se compreender a saúde bucal, é necessário entender os valores e as necessidades individuais e coletivas, cujos determinantes são construídos por um confronto de saberes, interesses econômicos, práticas políticas e profissionais e pela mídia (FIGUEIREDO; BRITO; BOTAZZO, 2003).

Desta forma, foi agregada ao conceito de saúde bucal uma concepção marxista que leva em conta a política e o conflito de interesses. Este confronto de interesses e saberes pode ser ilustrado pela avaliação de necessidades em saúde. Historicamente, ela tem sido definida conforme a avaliação clínica dos profissionais de saúde sem considerar a dimensão do outro, como destaca Pinto (2000).

A dimensão do usuário do serviço de saúde bucal ou de qualquer outra pessoa deve ser levada em conta, pois a saúde bucal, como necessidade percebida, é uma produção social e, segundo Pinto (2000), está relacionada às condições sociais de vida das pessoas, como: tradições históricas, hábitos sociais e representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde-doença. Neste momento, não se pode deixar de considerar as duas subjetividades: a dos usuários dos serviços de saúde bucal e a do profissional. Uma não sobrepõe a outra, devem dialogar. Esta noção agrega outros valores, como os da psicologia, da sociologia e da antropologia.

Para Martins (1999), a saúde bucal está diretamente vinculada à ampliação da cidadania, principalmente quando afirma que a demanda por saúde bucal parece concorrer

com questões relacionadas com a sobrevivência das pessoas. Parece que saúde bucal se torna necessidade quando um nível mínimo de sobrevivência e cidadania já foi alcançado. As necessidades de saúde são historicamente produzidas e dependem das relações sociais e dos conflitos gerados pelo poder. A construção da saúde bucal, não apenas como intervenção clínica, mas também como conquista de direito social, está associada a condições dignas de vida, trabalho, moradia e também ao acesso aos serviços de saúde bucal de boa qualidade.

É, portanto, necessário transpor os limites da boca e discutir a saúde bucal a partir da relação da boca com a sociedade. Como seria, então, a relação do homem sorrindo, na Figura 6, com a sociedade e da sociedade com este homem? Se analisarmos aquela figura focalizando apenas a boca, desconsiderando o contexto e os processos que levaram à degradação física deste homem, teremos apenas um visão alienada.

Botazzo (2000), inspirado nas idéias de Foucault, apresenta a boca e a Odontologia como instrumentos disciplinares, no sentido de produzir corpos úteis e dóceis em um processo de adequação ao sistema capitalista. Assim, essas repressões podem trazer conseqüências à saúde, pois refletem na formação e na prática odontológica. O autor apresenta a bucalidade como alternativa para uma nova compreensão da boca e da saúde bucal e, quem sabe, do próprio objeto da Odontologia.

A bucalidade é a dimensão daquilo que é bucal, do erotismo e da linguagem, já que a boca é a porta de entrada do mundo para o corpo e de saída do corpo para o mundo (BOTAZZO, 2000). Desta forma é necessário aliar a saúde bucal à integralidade e garantir a não-disciplinarização das pessoas, de suas bocas e que a Odontologia não seja parte deste processo de alienação e de isolamento.

Segundo Pinheiro e Mattos (2006), a integralidade é um termo polifônico, pois ouve vozes silenciadas em espaços institucionais que não têm canais de escuta, vozes que não têm

acesso à informação e à comunicação, ou seja, cujas demandas não têm visibilidade. Deste modo a compreensão da bucalidade pode ser um instrumento para a garantia da integralidade.

Nas práticas da assistência odontológica é recorrente o imperativo: “Abra a boca!”. O objetivo é quase sempre observar se os dentes estão sadios ou doentes. Muitas vezes nessas práticas são esquecidas outras dimensões, até mesmo a de que aquela boca faz parte de um corpo, de uma pessoa que vive em uma sociedade.

A Odontologia é fortemente influenciada pelo pensamento cartesiano e pode-se afirmar que ela tem falhado, pois as cáries acontecem apesar de sua atuação (BOTAZZO, 2000).

Convém destacar aqui a necessidade da compreensão da boca social, ou seja, as discussões sobre a saúde bucal devem ter como ponto de partida a sociedade, seus condicionantes e suas necessidades coletivas. Parece indiscutível o caráter técnico que remonta à origem da Odontologia, no entanto isso expõe este campo do saber a uma debilidade conceitual e interpretativa marcante, com conseqüências para as práticas de promoção da saúde bucal. A Odontologia ainda se estabelece, predominantemente, como uma profissão técnica e se firma como prática e não como ciência, e só muito recentemente se preocupou em se tornar científica (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

Neste trabalho, espera-se transcender a compreensão de saúde bucal restritamente à boca, de forma alienada e técnica, para uma dimensão dialógica e fractal, visto que as condições bucais refletem os determinantes sociais tanto em relação ao indivíduo quanto à coletividade.

Os conceitos de promoção da saúde reconhecem o impacto do meio social, do estilo de vida, das normas culturais, dos fatores econômicos e políticos, da educação, da segurança pública, do meio ambiente, da organização dos serviços de saúde e dos processos de formação dos profissionais da área (WATT, 2006) sobre a saúde. Diante dessa constatação, foi

elaborado um esquema fractal da saúde bucal (Figura 8) que, embora seja buco-cêntrico e determinista, tenta demonstrar a relação e as interligações dos impactos acima mencionados com as condições bucais retratadas pelo homem sorrindo na Figura 6.

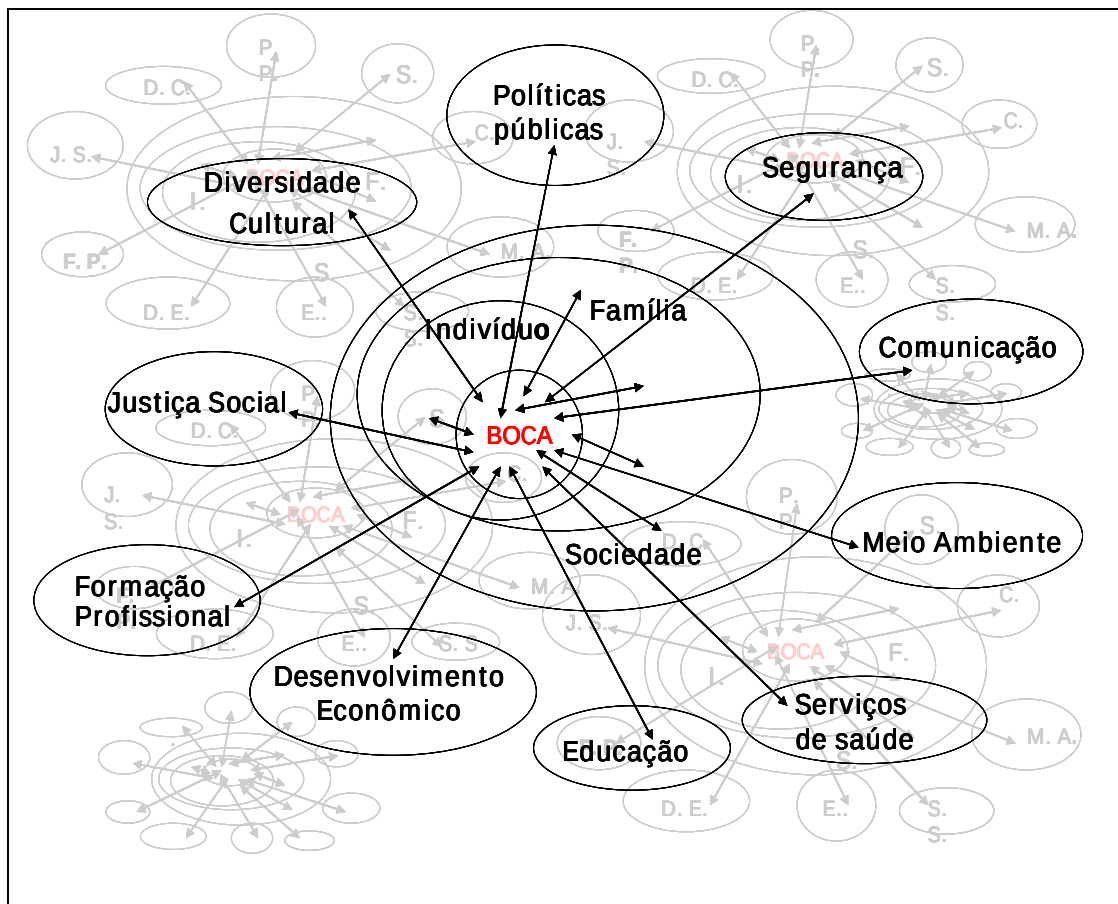


Figura 8 - Esquema fractal da saúde bucal.

A partir de tal rede de significações, as relações entre os objetos deste esquema são constituídas de nós e conexões, nos quais um nó é resultante da conexão de diversos fios e as conexões são caracterizadas pela referência aos nós que as interligam. Elabora-se operacionalmente a diluição dos objetos em relações e, reciprocamente, a consubstanciação de relações em objetos. Essas conexões e nós constituem relações dinâmicas que ora são nítidas, ora perdem força. Assim, à medida que perdem a força e a distinção nítida entre objetos e relações, configuram, com mais clareza, certa dualidade entre os elementos desse par. Nele os objetos são percebidos/concebidos como feixes de relações, os quais são transformados em

novos objetos. As relações são determinadas por pares de objetos e cada objeto é caracterizado pelas relações nele incidentes ou dele emergentes (MACHADO, 1994).

O acesso aos serviços de assistência odontológica é analisado, neste trabalho, como uma das variáveis que condicionam os padrões de doenças bucais de uma população. Outros fatores, como nível socioeconômico, condições culturais, hábitos alimentares e grau de desenvolvimento global de cada país, usualmente exercem um papel bem mais representativo na determinação do nível de saúde de uma comunidade. Mostra-se, também, a situação dramática dos países em desenvolvimento, os quais seguiram os modelos de prestação de serviços odontológicos e de formação de recursos humanos das nações industrializadas (grande número de profissionais que se dedicam a atender apenas às pessoas que podem remunerar os seus serviços), o que levou à ocorrência de índices crescentes de doenças bucais. Atualmente, o principal desafio a ser vencido pela profissão é o da construção de uma Odontologia com conteúdo social e coletivo, dirigida para todos (PINTO, 1989), ou seja, é fundamental resgatar a noção de que os inúmeros determinantes da saúde se interligam em conexões e nós, constituindo feixes de relações interdependentes.

Segundo Narvai (2002), diante da magnitude dos problemas e dos recursos movimentados no campo da Odontologia e das doenças bucais, geram-se expectativas e modos de fazer Odontologia segundo as concepções e conceituações vigentes na saúde bucal. A seguir são abordados, cronologicamente, alguns modelos de atenção em Odontologia.

Nesses diferentes tipos de concepção, vários pensadores expressaram suas visões. Em 1960, Mário Chaves, Paulo Frenkel, Paulo da Silva Freire e Alfredo Reis Viegas afirmaram, no Manual de Odontologia Sanitária, que esta é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas da saúde bucal na comunidade. Ela abrange toda a cavidade bucal e está sob a responsabilidade do cirurgião-dentista. Em 1952, tornou-se mais

conhecida com a implantação pioneira do sistema incremental em Aimorés, Minas Gerais (NARVAI, 2002).

Roncalli et al. (1999), ao fazerem uma análise sobre tendências e perspectivas dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, constataram que a assistência odontológica se estruturou com base nos modelos clássicos de assistência a escolares e atendimento à livre demanda, preconizados pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 50.

Na atualidade, a assistência odontológica e as ações de cunho curativo na saúde bucal ainda são realizadas para algumas faixas etárias, como constatou Zilbovicius (2005) em uma análise da saúde bucal no SUS de São Paulo. O pesquisador concluiu que a integralidade na saúde bucal acontece de forma seletiva no contexto neoliberal.

Uma nova concepção de odontologia preventiva foi influenciada pela medicina preventiva em 1973. Sistematizada por Leavell e Clark, foi difundida na década de 1950 nos Estados Unidos (PAIM, 2007). Nas escolas de Odontologia, as disciplinas eram: Higiene, Higiene bucal e, em alguns casos, Saúde pública. Este modelo sofreu muitas críticas, pois o conceito de causalidade é reducionista. Até hoje muitos profissionais vêem a higiene bucal como único método de prevenção das doenças bucais. Desse ponto de vista, a higiene bucal parece funcionar como meio de remoção dos famigerados *Streptococos mutans* e até mesmo como uma vacina.

Este reducionismo na saúde bucal, segundo Arouca (1975), faz com que o aspecto social sofra uma mitificação, consolidando a função do mito, ou de apenas uma variável, pois este desaparece com a articulação histórica do seu objeto. Consolida-se então, mais uma vez, a Odontologia e suas práticas como disciplinares.

Com a preocupação de identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de níveis de saúde pela população e se contrapor à odontologia preventiva, surge a odontologia

social, que, segundo Pinto (1989), transforma-se em ciência social e preventiva. Nos anos 70, com o objetivo de ampliar o acesso, apareceu no discurso odontológico brasileiro a odontologia simplificada. Ela não pretendia uma mudança quantitativa e não questionava o modelo hegemônico – a odontologia científica ou flexneriana – e visava apenas à simplificação, conseqüentemente, à produtividade sem perda da qualidade (NARVAI, 2002).

Mais tarde, ainda com elementos ideológicos e estruturais do modelo hegemônico, surgiu a odontologia integral. Nessa denominação o termo integral se referia à integralidade de processos biológicos e a suas articulações com complexos processos sociais. A odontologia sistêmica destacou, em 1972, a importância dos odontólogos dentro do sistema orgânico com a finalidade de justificar a introdução do cirurgião-dentista na equipe médica, visto que 90% das doenças podem ser originadas na boca (NARVAI, 2002).

O atual modelo hegemônico sofre muitas críticas e, conseqüentemente, a Odontologia também. A saúde bucal coletiva surgiu em contraposição às práticas odontológicas vigentes e tem sido discutida por vários autores. É um conceito em permanente construção que considera o social e o coletivo. Desta forma, dar atenção à saúde bucal implica atuar, concomitantemente, sobre todos os determinantes do processo saúde–doença. Isso exige da atenção à saúde bucal uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da Odontologia, mas do próprio setor da saúde, pois requer a articulação e a coordenação de ações intersetoriais (NARVAI, 2006).

Com relação à Odontologia no Brasil, segundo Portillo (1998), existe um modelo ou forma distinta de construção da prática odontológica, que é a saúde bucal coletiva, presente em processos de luta nos espaços políticos e nas diversas práxis de saúde. Para o autor, a práxis social deve ser caracterizada pela universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde bucal. A abordagem a ser feita parte da mediação, uma intervenção social democrática e participante que define as políticas de saúde bucal como ações concretas para

resolver, integralmente, problemas de saúde—doença bucal integrados a um conjunto de problemas. Considera ainda que a práxis de saúde bucal deve agir de forma estratégica e política para conciliar os conhecimentos científicos e tecnológicos⁶ acumulados com o saber popular.

Botazzo (2000) afirma que a Odontologia tem muitas necessidades determinadas por condições sociais específicas e que a prática histórica da Odontologia, monopolizadora e individualista, com alta necessidade de tecnologia dura, resultou em um pequeno impacto social e baixa cobertura populacional.

Este modo de trabalho odontológico é reflexo do modelo hegemônico, o qual repercutiu no ensino universitário, fazendo com que ele não cumprisse seu papel na formação de profissionais comprometidos com a realidade. A formação tradicional na Odontologia sofreu forte influência dos Relatórios Flexner e Gies, publicados nos Estados Unidos, respectivamente em 1910 e 1926. Esses documentos influenciaram o ensino médico e o odontológico. A concepção mecanicista, que reduz a doença à dimensão biológica, levou a uma maior ênfase no processo curativo—reparador, o que gerou uma prática de alto custo, pouco acesso e pouco impacto epidemiológico, além de desigualdades de acesso. A concepção cartesiana na formação tradicional, viés qualificado como o erro de Descartes, ao ser aplicada aos currículos e disciplinas no meio biomédico, levou a uma ênfase no domínio cognitivo e instrumental. As principais consequências dessa aplicação foram: mecanicismo, assistência individualizada, necessidade de excessivas especializações, tecnificação do ato médico-odontológico e ênfase na clínica curativa (MOYSÉS, 2004).

Este quadro foi confirmado em levantamento epidemiológico, o SB-Brasil (BRASIL, 2004a), ficando demonstradas a qualidade extremamente baixa e a ação mutiladora da

⁶Aspectos tecnológicos que envolvem não só a realização de procedimentos clínicos, mas também a trajetória dos atos terapêuticos e das ações de saúde e os movimentos para disponibilizar ou incorporar para o uso social, os modos de cuidar, tratar e escutar (BRASIL, 2005b). Essa concepção está de acordo com a classificação da tecnologia em saúde que se divide em: dura, leve-dura e leve (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Odontologia, tanto nos serviços privados quanto nos públicos. Para mudá-lo foram desenvolvidas políticas públicas, como a do programa *Brasil Sorridente* (BRASIL, 2004b), e ainda a inclusão e a ampliação de equipes de saúde bucal na ESF.

A formação dos recursos humanos apresenta grande entrave na implantação das mudanças e das políticas de saúde. Esta deve ser comprometida com a realidade em transformação, em especial deve estar inserida no contexto do SUS. Estão sendo discutidos em fóruns mundiais os pilares para esta mudança, tendo em vista a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares a fim de preparar o futuro profissional para os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. As Diretrizes Curriculares do Curso de Odontologia (BRASIL, 2002a), no seu artigo 3º, sinalizam um novo perfil do cirurgião-dentista. Sua formação deve ser generalista, humanista e reflexiva, de modo que o capacite para atuar em todos os níveis de atenção à saúde com base na ciência e na técnica. Deve capacitá-lo também para exercer suas atividades com base na ética, na legalidade e na compreensão da realidade cultural, social e econômica e para participar das transformações que beneficiem a sociedade.

Os profissionais de saúde, ao pedirem aos seus demandatários (usuários) que “abram a boca”, estão iniciando um diálogo emancipador, uma aproximação cuja finalidade é uma saúde que dialogue para “além do céu da boca”, como fala Simone Tetu Moysés (PUC-PR) em suas conferências. Espera-se ainda deste diálogo que, além de desenrolar-se no espaço restrito, busque ampliar os espaços de atuação, ou seja, que além de dialogar com outras cegueiras também atue na promoção da saúde.

Buscou-se com a revisão de literatura apresentar os referenciais teóricos e suas construções históricas acerca deste tema. Podem ocorrer muitas confusões entre os termos odontologia e saúde bucal, trabalho odontológico e assistência à saúde bucal, práxis e prática

e modelo de atenção. Embora sejam expressões aparentemente próximas, não se referem, em absoluto, ao mesmo objeto (NARVAI, 2006).

3.2.1 *Odontologia, saúde bucal e SUS*

O SUS, segundo Aerts, Abegg e Cesa (2004), é um processo social em construção permanente e sua análise requer uma avaliação do modelo de atenção, dos paradigmas explicativos do processo saúde—doença que o embasam e do papel dos diferentes profissionais que nele atuam. As autoras fizeram um ensaio sobre o papel do cirurgião-dentista neste contexto, concluindo que sua atuação em equipes multidisciplinares deve ter como finalidade a realização de atividades de educação em saúde, que levem em consideração, simultaneamente, a integralidade de indivíduos e coletividades e proporcionem a elevação dos níveis de saúde da população.

Segundo Gevaerd (1993 apud AERTS, ABEGG, CESA, 2004), em uma oficina de saúde bucal da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário, promovida em 1992 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Paraná (NESCO) e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, foram discutidas algumas experiências municipais de saúde bucal e apontados os principais problemas relacionados à inserção do profissional de saúde bucal no SUS. Entre eles destacaram-se: a dificuldade que o cirurgião-dentista tem de perceber a dimensão sociohistórica das práticas de saúde e do potencial de alcance de sua intervenção social; a limitação do conceito de saúde/doença pela não-incorporação da dimensão social; a ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços, o que resulta na baixa efetividade das ações de saúde bucal; a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial em relação à universalidade e à integralidade, uma vez que os programas até pouco tempo privilegiavam o atendimento a determinados

grupos populacionais; a prática de atenção à saúde bucal fortemente pautada no modelo clínico (atendimento odontológico); o isolamento do cirurgião-dentista e a falta de participação na equipe, por ser o único profissional responsável pela saúde bucal dos usuários e, finalmente, o financiamento de procedimentos que privilegiam as ações curativas.

A influência da asfixiante crise econômica mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento, e a crescente dívida impediram, em um passado recente, o aumento nos gastos com serviços sociais e, conseqüentemente, com a saúde bucal (PINTO, 1989).

Segundo Narvai (2002), milhões de dólares são movimentados em torno de interesses relacionados às idéias da Odontologia e da saúde bucal. O quadro epidemiológico brasileiro atual é o que move esses interesses que, para o autor, podem ser reais ou pretexto para desviar investimentos para outras áreas.

A saúde bucal tem recebido recursos financeiros nunca vistos, já que o programa *Brasil Sorridente* é uma bandeira do governo atual (2002-2006 e 2006-2010). A implantação desta diretriz teve como justificativas a baixa cobertura, o restrito acesso aos serviços de saúde bucal e as más condições bucais da população, conforme constatou o SB-Brasil (BRASIL, 2004a).

As diretrizes desta política prevêm que, para a organização deste modelo, é fundamental que sejam consideradas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que gerem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas em acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o trabalho em equipe seja um de seus fundamentos mais importantes. Desse modo, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura e transporte, entre outras (BRASIL, 2004b).

Na assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de modo que seja assegurado o atendimento nos níveis secundário e terciário, buscando-se a integralidade da atenção (BRASIL, 2004b).

A reorientação do modelo de atenção na saúde bucal tem como um de seus pressupostos assegurar a integralidade nas 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 adstrita e atendimentos de emergência. Outro pressuposto é definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de programar mudanças na formação técnica (BRASIL, 2004b).

São princípios norteadores de suas ações para o cuidado da saúde bucal e o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade: gestão participativa, ética, acesso universal, acolhimento (humanização), vínculo (responsabilizar na solução de problemas) e responsabilidade profissional. A adequação do processo de trabalho ao modelo de ação requer: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo (atuação em equipe), integralidade na ação, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência (BRASIL, 2004b).

Essas diretrizes para a saúde bucal mostram uma nova forma de se fazer Odontologia, que constitui um avanço significativo e um grande desafio. Abrem-se novos espaços de práticas e de relações a serem construídas, que possibilitarão reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Com isso, pretende-se alcançar aumento de cobertura, respostas às demandas da população e proposição de medidas de caráter coletivo. Há, ainda, possibilidades de ganho no trabalho em equipe quanto às relações entre usuários e gestores, de modo que seja produzida uma nova forma de cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

As ações, de acordo com o conceito ampliado de saúde, devem ser baseadas em um modelo de atenção integral à saúde, no qual ocorra a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado de outras de recuperação, propriamente dita.

Em 2004, foram lançadas as diretrizes para a saúde bucal. Com o estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado e permitidas variadas formas de participação, é possível desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Cardoso et al. (2002), ao revisarem a literatura sobre este assunto, perceberam que alguns autores ressaltam a importância da inserção da equipe de saúde bucal para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. Experiências desse tipo são relatadas na literatura como forma de alcançar a integralidade, algumas das quais são retomadas a seguir.

Maia (2003), em trabalho realizado com sujeitos portadores de necessidades especiais, defende um conceito de integralidade voltado para a noção de autonomia. O pesquisador verificou que a falta de conhecimento sobre o conceito ampliado de cura, no qual é fundamental a noção de autonomia, impede que se trabalhe com a noção de integralidade na saúde bucal no cotidiano desses sujeitos. Destaca ainda que a família do sujeito especial e sua instituição representam locus privilegiado para a práxis da noção de integralidade da atenção. O sujeito especial se constitui como sujeito com inteireza somente quando se adota intencionalmente o conceito de integralidade na instituição e na família.

Roncalli (2000) apresenta algumas experiências municipais de organização de demanda em serviços odontológicos com a incorporação das diretrizes do SUS, as quais apontam para a estruturação de um modelo assistencial com base na universalidade e na integralidade da atenção e na equidade no acesso aos serviços. Sua análise foi feita em três experiências distintas: Araçatuba/SP, Belo Horizonte/MG e Curitiba/PR. Segundo o autor, em Araçatuba ainda é mantido um modelo tradicional, com um sistema de assistência aos

escolares e uma rede básica com prioridade para a faixa etária de 0 a 18 anos e para gestantes. Apesar de contar com uma rede de serviços que permitiria ampla cobertura, ainda é oferecido à população adulta somente o atendimento emergencial.

Desde 1990, tem se notado em Belo Horizonte alguns avanços na reestruturação dos serviços com base em uma rede regionalizada e hierarquizada e uma inversão no modelo assistencial, antes centrado na assistência a escolares. Os avanços de Belo Horizonte também foram estudados por Werneck (1994).

No município de Curitiba, foi implantado um modelo de Saúde da Família com ações de Saúde Bucal, o qual vem mantendo, desde 1980, a proposta de um modelo territorial. Foi possível verificar, com esse trabalho, que, aliados à vontade política e à capacidade técnica, esses modelos apontaram para a universalidade e a equidade por meio de uma estratégia mais ampla, não se restringindo ao setor odontológico.

Outras experiências relativas à integralidade têm sido apontadas. Silva (2004), por exemplo, propõe a concepção de uma Escola Promotora de Saúde conforme o princípio da integralidade, cuja finalidade seja a construção de uma sociedade democrática. Para isso, pressupõe o envolvimento da comunidade escolar, visando à promoção da saúde na escola. Nessa proposta sugeriu a elaboração de um fórum permanente para a discussão de programas e a criação de oficinas de capacitação pedagógica, orientadas pela equipe de saúde bucal com o fim de alcançar efetividade das ações e maior cobertura dos programas de saúde bucal desenvolvidos nas escolas.

A integralidade, citada anteriormente como imagem-objetivo, assume esta condição na saúde bucal como elemento agregador de visões, saberes e diálogos, porém requer mudanças na Odontologia e em suas práticas.

3.2.2 Saúde bucal e movimentos sociais

Segundo Iyda (1998), desvendar os fatos e ultrapassar uma visão dominante da Odontologia é considerá-la além de sua aparência e de suas práticas utilitárias e técnico-científicas. É superar a exclusão das classes populares que pode ser percebida na restrição do acesso, na seletividade e no tratamento diferencial dos serviços odontológicos. Nesse sentido, para a autora, politizar a Odontologia é perceber que o ato odontológico é um fenômeno social (econômico, ideológico e político). É necessário, portanto, inteirar-se de que a realidade social não é uma massa de fatos fragmentados e desligados entre si. Essa realidade é complexa e contraditória, compreendendo relações, processos e estruturas nem sempre visíveis, mas que devem ser desvendados para que esta seja captada em sua totalidade, em movimento. Esta percepção é importante para que se busque a resolução de suas contradições, criando uma nova realidade e, conseqüentemente, ressignificando a saúde bucal.

No espaço coletivo, a saúde bucal constitui um desafio, sendo considerada até mesmo utópica. É uma realidade em construção e também uma proposta que busca superar o aspecto de neutralidade das políticas públicas. Assume o sentido da construção histórica da realidade, desmistifica o fetichismo odontológico e ressalta a responsabilidade dos sujeitos como atores sociais que atuam nesse processo (SANTOS, 2005).

Apesar das iniquidades do acesso à saúde bucal, não foram encontrados na literatura registros de movimentos sociais ou associações com reivindicações específicas da saúde bucal. Podem-se observar movimentos específicos da classe odontológica, porém estes movimentos não podem ser considerados sociais, visto que não pretendem mudar a sociedade e representam parte da categoria odontológica, como a ABRASBUCO (Associação de Saúde Bucal Coletiva), as organizações sindicais e os conselhos.

Como o objetivo deste trabalho é identificar possibilidades de ação que atendam ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais,

segundo a percepção de seus participantes, o próximo capítulo apresentará o SUS e os movimentos sociais como cenários deste estudo.

4 CENÁRIOS

Hoje em dia, fala-se muito em se ver o paciente como um complexo único, uno. O problema é que o médico passa seis anos sendo doutrinado para entender o contrário.
(Noronha, 2001)

4.1 Sistema Único de Saúde Brasileiro

No Brasil, a intervenção estatal sobre a saúde ocorre desde o início do século XIX, no período colonial. No século XX, ocorreram intervenções sanitárias urbanas nas principais cidades portuárias do país: Rio de Janeiro (que era, então, a capital nacional) e Santos. As campanhas pela erradicação da febre amarela, que na época assolava essas cidades, resultaram na insurgência popular conhecida como Revolta da Vacina. A fúria dos moradores era dirigida ao seu idealizador, o sanitarista Oswaldo Cruz (COSTA, 1985 apud ELIAS, 2004). Nota-se, neste fato, um contraponto interessante: de um lado, a intervenção do Estado com medidas de promoção de saúde coletiva e, de outro, a revolta popular em resposta às medidas impositivas e à falta de informação.

A assistência à saúde era um privilégio de poucos e sofreu um processo de mercantilização. Em uma espécie de arremedo do que se passava na Europa no século anterior, após as movimentações operárias ocorridas de 1910 a 1920, foram estabelecidos marcos regulatórios para a assistência médica, as aposentadorias e pensões. O financiamento da saúde se dava mediante o desconto na folha de pagamento, porém poucos brasileiros estavam vinculados ao mundo do trabalho. Desse modo, o sistema privilegiava, sobretudo, ferroviários e portuários, trabalhadores dos pólos mais dinâmicos da economia. Segundo Elias (2004), a origem da intervenção estatal na assistência à saúde teve como marco significativo a Lei Elói Chaves, editada em 1923.

A mercantilização da saúde se fortaleceu nos anos 30 e 40 com a estruturação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) por categorias profissionais. Pode-se citar como exemplos o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), que investia em serviços próprios, e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que comprava serviços de terceiros (ELIAS, 2004).

A configuração do público/privado no Brasil se deu com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), após o golpe militar de 1964. Cohn (2003) relata a implementação de políticas voltadas para o setor privado da saúde, caracterizando o processo político e histórico da privatização do sistema de saúde brasileiro. Tais ações resultaram na estruturação de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos, fenômeno este que se iniciou na América Latina na década de 1980, após o golpe militar do Chile.

Com o fim da ditadura militar brasileira e a promulgação da Constituição Federal, ocorreu a redemocratização da relação Estado-sociedade e alterou-se também a noção de seguridade. O sistema de saúde foi desvinculado da renda e teve início o processo de garantia de um novo padrão de cidadania (ELIAS, 2004).

No processo de redemocratização do país, um evento marcante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi precedida por uma série de conferências municipais e estaduais, nas quais houve uma expressiva participação da sociedade. Com base nas conclusões desta conferência e antes da promulgação da Constituição, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), comandado ainda pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2002b).

Nessa conferência, o Movimento da Reforma Sanitária defendia idéias que se contrapunham ao quadro vigente: "[...] desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações" (PAIM, 2003, p. 567).

Com base na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, a Constituição de 1988 reconheceu muitos direitos de cidadania. A saúde foi reconhecida como direito de todos e como um dever do Estado (art. 194). De acordo com o texto constitucional, deveria caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, mediante políticas sociais e econômicas voltadas para a "[...] redução do risco de doença e de outros agravos" e, no artigo 196, o "[...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

São definidas no texto constitucional as principais características do SUS: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação de instituições lucrativas e filantrópicas de modo auxiliar (ANDRADE; PONTES MARTINS JÚNIOR, 2000; ANDRADE, 2000).

A Constituição reconhece a relevância social das ações e serviços de saúde e delinea um sistema único, integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, do qual também podem participar, em caráter complementar, as instituições privadas. O que caracteriza o SUS é o financiamento público (BRASIL, 1988).

Noronha e Soares (2001) afirmam que as políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual. E consideram que o nível local é privilegiado como o único espaço capaz de responder às necessidades da população de forma mais eficiente. Assim, as macro (Estado, políticas) e microdimensões da saúde (local, individual e coletivo) são reflexo uma da outra e vice-versa, o que remete à idéia de fractal.

Na tentativa de buscar a ampliação do direito à saúde, foram definidos alguns princípios para nortear a implantação do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade

nos serviços e nas ações de saúde; do ponto de vista organizacional: a descentralização, a regionalização, a hierarquização da rede e a participação e controle social (BRASIL, 2000).

Para que o direito à saúde fosse assegurado de forma plena, foi estabelecido, em 2006, o Pacto pela Saúde. Este conjunto de reformas institucionais, pactuado entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios), teve como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, que possibilitassem maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em relação às necessidades de saúde da população e à busca da equidade social. O Pacto pela Saúde engloba três outros: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2007).

O sistema de saúde atual (o SUS) foi concebido como um projeto para viabilizar o direito elementar à saúde e à vida neste país, onde ainda não estão assegurados os requisitos básicos da saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade (OMS, 1986). Este sistema ainda está longe de consolidar seus princípios e diretrizes na prática, mas vale lembrar que ele está em construção. Para ser consolidado, devem-se fortalecer os meios de controle e a participação popular.

Uma das bandeiras de luta da Reforma Sanitária brasileira era a integralidade, que se sustentava nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde (MATTOS, 2001), uma vez que a realidade não apontava apenas para a necessidade de reorientação do modelo assistencial, sinalizava também a direção que esta reorientação precisava assumir para que se tornasse adequada à proposta do SUS.

Como um dos princípios do SUS, a integralidade parece assumir legalmente, na atenção e na organização dos serviços, um sentido relacionado à integração dos atos preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade.

A Constituição, em seu artigo 198, estabelece como preceito: “atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação comunitária” (BRASIL, 1988) nas ações e serviços públicos de saúde, que integram uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada, constituindo um sistema único.

Tendo em vista o cumprimento deste princípio no SUS, um novo modelo de atenção à saúde vem sendo implantado na atenção básica (ou primária): a Estratégia Saúde da Família (ESF), comumente chamada de PSF (Programa Saúde da Família) ou Saúde da Família. Teixeira (2004) discute especificamente a necessidade e a possibilidade de uma articulação dessa estratégia com as propostas derivadas do movimento internacional pela promoção da saúde e da experiência acumulada na prática de vigilância da saúde. Em sua opinião, a efetiva construção de um modelo de atenção à saúde, que tenha como foco a integralidade, demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis.

Defende-se aqui o ponto de vista de que a atenção básica é locus privilegiado para a expressão do princípio da integralidade.

Exemplos de iniciativas que priorizam a integralidade no SUS são relatados por Ribeiro, Chomatas e Caputo Neto (2004). No município de Curitiba, no Paraná, uma rede de atenção básica e saúde familiar foram orientadas e consolidadas segundo o princípio da integralidade, no âmbito tanto da organização do sistema como dos serviços de saúde. A experiência demonstrou que este sistema é resultado de determinação política e capacidade técnico-administrativa.

O Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde vinculada ao Ministério da Saúde, propôs, em fevereiro de 2006, a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, depois de fazer um diagnóstico situacional

nacional (BRASIL, 2006a). O diagnóstico tinha como finalidade conhecer experiências que envolvessem princípio e diretrizes do SUS e que buscassem a integralidade do cuidado em saúde e o fortalecimento do conhecimento popular e de técnicas orientais, entre elas a Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia, além de práticas complementares de saúde (por exemplo, *Reike* e *Lian Gong*). A consequência direta do diagnóstico seria fomentar ações mais integrativas na saúde, mediante a ampliação do acesso, o registro, o fornecimento de insumos, o acompanhamento e a avaliação dessas práticas pelo PNPIC. Dessa forma seria possível assegurar a melhoria do serviço e o incremento de diferentes abordagens que representam opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2006a).

Várias outras iniciativas estão sendo feitas para viabilizar a integralidade. Muitas delas priorizam a formação dos recursos humanos: a Educação Permanente em saúde visa à formação dos trabalhadores no contexto do próprio serviço; o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) tem como objetivo reorientar a formação universitária para as necessidades do SUS (BRASIL, 2005a).

Exemplos do apoio do Governo à implementação da integralidade como princípio dentro dos serviços de saúde têm sido os editais do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que estimulam pesquisas baseadas neste princípio. Entre eles destaca-se o Edital de Seleção Pública de Propostas sobre Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde (CNPq, 2007).

A integralidade constitui uma imagem-objetivo e se diferencia de uma utopia porque seus proponentes a colocam em um horizonte temporal definido (MATTOS, 2005). Nesta revisão de literatura foi possível verificar sua amplitude e identificar algumas estratégias montadas na tentativa de alcançá-la. Porém, a definição do horizonte temporal não se mostrou

evidente em nenhum dos trabalhos estudados, nos quais se apresentou mais como uma diretriz norteadora do que como um dado concreto, com uma meta temporal definida.

4.2 Movimentos sociais

A compreensão dos movimentos sociais é uma necessidade, neste trabalho, pelo fato de se considerar os sujeitos sociais responsáveis, em parte, pela construção e concretização da integralidade.

Antes de avançar na discussão teórica sobre os movimentos sociais, vale lembrar que alguns deles foram mediadores dos direitos entre o Estado e a sociedade (COSTA, 1988). O movimento da Reforma Sanitária, também conhecido como movimento pela democratização da saúde, exemplifica essas ações em relação ao direito à saúde; o Movimento de Educação Popular em Saúde (MOPS) é outro exemplo por sua luta pelo reconhecimento do saber popular na saúde. O movimento de Reforma Sanitária, além de lutar pela saúde, buscou a ampliação da noção de saúde para torná-la integral e um direito universal. Advogou uma concepção de saúde cuja meta era a qualidade de vida coletiva que extrapola o bem-estar individual e a ausência de doença.

Existem várias formas de organização da sociedade. Porém, no contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda *per capita* são fatores que desestimulam a mobilização popular em torno de interesses comuns e contribuem para a existência de uma baixa capacidade de organização da sociedade civil (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Quando se busca no dicionário o significado de movimento, as acepções que melhor o definem neste contexto são: “1. Ato ou processo de mover(-se); 6. Série de atividades organizadas por pessoas que trabalham em conjunto para alcançar determinado fim”

(FERREIRA, 1999, p. 1.165). A palavra movimento traz a idéia de dinamicidade e de algo em transformação. Movimento social pode ser entendido, porém, de forma reducionista, como processo adotado por pessoas e grupos que atuam na mesma direção.

Vêm sendo formuladas iniciativas e propostas estruturantes de uma realidade mais justa. Muitos são os sujeitos desta mudança, os quais se orientam por um novo sentido de viver, de perceber a realidade (BOFF, 2004).

Segundo Heywood (1997 apud ROCHA, 2001), o movimento social é uma forma particular de comportamento coletivo, na qual o motivo da ação se espalha largamente a partir de atitudes e aspirações dos membros. Esse tipo de movimento requer de seus integrantes um nível elevado de comprometimento político. De acordo com Alexander (1998), a denominação movimento social diz respeito aos processos não institucionalizados e aos grupos que os desencadeiam, às lutas políticas, às organizações e discursos dos líderes e seguidores que se formaram com a finalidade de mudar.

Segundo Gohn (1997), os movimentos sociais são constituídos por sujeitos coletivos no cenário político em distintos e diferenciados espaços. Os movimentos sociais são sintomas de conflitos presentes na própria sociedade, uma vez que reivindicam a efetivação dos direitos sociais e o atendimento às suas demandas.

Os pesquisadores tentam agrupar os movimentos em categorias, conforme suas várias formas de expressão. Sendo assim, para superar a dicotomia entre rural e urbano, não privilegiar a questão das classes sociais e romper com a categorização temporal (novo ou velho), este trabalho reitera a classificação de Gohn (1997):

1. movimentos sociais construídos com base nas características da natureza humana (gênero, idade, raça e cor);
2. movimentos sociais construídos tendo ponto de partida determinados problemas sociais (por exemplo: dificuldades de acesso a equipamentos coletivos tais como

saúde, escola, transporte e outros; preservação do meio ambiente — ecológicos, pacifistas, anti-nucleares, etc.).

3. movimentos sociais construídos em função de conjuntura política (socioeconômicos, culturais e outros).
4. movimentos sociais fundamentados em ideologias. Embora todos os movimentos sigam uma determinada ideologia, estes, especificamente, por suas idéias, filosofias e propostas, criaram raízes na sociedade.

Em resumo, pode-se dizer que movimentos sociais são constituídos por sujeitos sociais independentes, flexíveis, ávidos por mudanças e transformação na sociedade e, contraditoriamente, impulsionados por interesses coletivos e/ou específicos, em defesa de suas demandas, vontades e/ou ideologias. Podem estar presentes em diferentes espaços e cenários políticos.

Na década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (classificação 3 de Gohn, 1997) destacou-se como precursor do sistema de saúde atual. Seus componentes, oriundos de vários espaços institucionais, eram: universitários, professores, profissionais de saúde (PEREIRA, 1996) e integrantes das classes populares influenciados pelo pensamento de Paulo Freire. Os intelectuais seriam legitimadores e reprodutores do saber da classe dominante ou dominada?

A transformação das necessidades e carências em direitos é operada dentro dos movimentos sociais. Por exemplo, os habitantes das cidades afirmam ter direito a água, luz, esgoto e assistência médica, redefinindo as relações entre as classes populares e o Estado (COSTA, 1988).

O movimento da Reforma Sanitária, que começou na década de 1960, período anterior ao da transição para a democracia no Brasil, foi importante para os rumos da reforma do setor saúde na década de 1990, em razão de suas críticas ao modelo neoliberal que defendia a

corrente da privatização e da centralidade no setor saúde (NORONHA; SOARES, 2001). O movimento encontrou vários elementos passíveis de serem articulados que culminaram nos avanços relacionados à saúde na Constituição de 1988. Jacobi (1998 apud JACOBI, 2002) considera que o movimento sanitário não agiu para transformar diretamente a sociedade, mas como grupo de pressão sobre o Estado.

5 METODOLOGIA

A ciência pode classificar

*A ciência pode classificar e nomear os órgãos de
Um
sabiá
mas não pode medir seus encantos.*

*A ciência não pode calcular quantos cavalos de
força
existem
nos encantos de um sabiá.*

*Quem acumula muita informação perde o condão
de
adivinhar: divinare.*

Os sabiás divinam.

(Manuel de Barros)

5.1 Tipo de estudo

Para identificar e analisar possibilidades de ação que atendessem ao princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, segundo a percepção de seus participantes, foi necessário apreender suas percepções acerca da integralidade e conhecer a percepção da saúde bucal nos movimentos sociais e no SUS.

Para empreender esta tarefa, utilizou-se a metodologia qualitativa e a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Portanto, esta pesquisa tem um referencial qualitativo e a proposta de alcançar uma compreensão particular e aprofundada do fenômeno. Este estudo é exploratório e descritivo.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Seu universo de investigação (motivos, crenças,

valores e atitudes) corresponde a um espaço mais profundo dos processos, relações e fenômenos e não pode ser reduzido e operacionalizado por variáveis (MINAYO et. al, 1999).

5.3 Local e período

As entrevistas foram realizadas no IV Fórum Nacional de Educação e Promoção da Saúde e II Seminário Nacional de Educação Popular e Saúde, realizados em evento único de 11 a 14 de dezembro de 2005, em Brasília (DF).

Este evento foi escolhido por representar uma oportunidade ímpar, visto que reunia participantes dos movimentos sociais e do SUS.

A coleta de dados foi dificultada por um fator próprio da situação: falta de local apropriado e de disponibilidade de tempo de alguns entrevistados, uma vez que muitos deles estavam participando de atividades ou da organização do evento. Isso, no entanto, não impediu a realização das entrevistas em razão da boa vontade dos entrevistados que se mostraram interessados pelo tema proposto.

5.3 Participantes

A composição da amostra se deu mediante o uso da técnica de rede de informantes (bola de neve), em que um entrevistado indica outro possível entrevistado, gerando, assim, uma rede de informantes. O número de entrevistas ficou condicionado à duração do fórum, chegando, no final, a 19 pessoas.

O grupo pesquisado foi escolhido intencionalmente, a partir das indicações da ANEPS do estado de Goiás (QUADRO 1). Recorreu-se à ANEPS porque tem inserção nacional e por ser uma referência na articulação de movimentos sociais. Ela nasceu em julho de 2003 com a

finalidade de fortalecer a participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas públicas, tendo como desafio a elaboração de uma agenda comum entre as entidades que atuam na área de educação popular e saúde no Brasil. A ANEPS está inserida na política do Ministério da Saúde, na interlocução com os movimentos sociais e faz a mediação pedagógica com a população (SEVERO, CUNHA, DA ROS, 2007).

Por isso se justifica sua escolha para a busca dos informantes, visto que esta articulação envolve participantes de diversas áreas, inclusive do SUS. É composta de ativistas, estudantes, profissionais e técnicos com atuação em educação popular e saúde. Todos têm como propostas pensar juntos políticas públicas, como implementá-las no SUS e participar do desenvolvimento de processos de aprender-ensinar em saúde entre seus pares. São pessoas vinculadas aos movimentos sociais, aos serviços de saúde das universidades cujos propósitos são: pensar, fazer, ensinar e aprender conjuntamente (ANEPS-GO, 2005).

Quadro 1 – Rede de informantes (bola de neve)

Nº.	Informante	Indicação
00	--	01, 02, 03, 04
01	00	05
02	00	07
03	00	09, 10
04	00	11, 12
05	01	06
06	05	08
07	02	NE*
08	05	NE*
09	03	NE*
10	03	NE*
11	04	13, 20
12	04	13, 14
13	11, 12	04, 15
14	11, 12	16, 17
15	13	13, 04
16	14	18, 19
17	14	NE*
18	16	19
19	16	--
20	Orientadora	19

*NE: Não encontrado

Um dos entrevistados foi indicado pela professora orientadora por ser representante do movimento de Reforma Sanitária e referência na área deste estudo. Algumas indicações não foram encontradas, pois os sujeitos entrevistados, oriundos de diferentes regiões, indicaram pessoas de suas regiões de origem. Considerando que esta pesquisa não contou com outra fonte de financiamento além da própria pesquisadora, tais entrevistas não puderam ser realizadas. O informante número 2 não foi entrevistado, visto que alegou haver outra pessoa mais capacitada para falar sobre o tema e a indicou para substituí-lo. Uma das entrevistas estava inaudível, devido ao ambiente que foi realizada.

5.4 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado (ANEXO C) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP/UFG), para que fossem resguardadas as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996a).

Antes da entrevista cada participante leu e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) que informava o objetivo da pesquisa, a realização da gravação, garantia o sigilo das informações e assegurava o direito de não utilizá-las.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital e os entrevistados foram identificados conforme o número de gravação para se manter o sigilo das informações e do informante. As gravações serão arquivadas em mídia eletrônica por um período de cinco anos e depois, excluídas.

Dada a importância do papel dos participantes na construção do conhecimento e por sua atuação, eles estão listados no Apêndice, com seus respectivos minicurrículos, sem, contudo, fazer-se qualquer associação com o conteúdo de suas entrevistas.

5.7 Instrumentos e procedimentos

Nesta pesquisa foram utilizadas duas fontes de dados: entrevistas e diário de campo.

Para a entrevista foi elaborado um roteiro do tipo semi-estruturado (ANEXO A) com os pontos a serem abordados, de maneira que o pesquisado pudesse se orientar e elaborar as respostas sobre os conteúdos que se pretendia abordar.

Inicialmente, o entrevistado explicitou como queria que fosse identificada a sua participação (representação) e, em seguida, respondeu aos tópicos abordados nesta pesquisa: integralidade e saúde bucal, no SUS e nos movimentos sociais, e as estratégias da saúde bucal para atender ao princípio da integralidade. E, por último, fez suas indicações de outras pessoas para serem entrevistadas.

As entrevistas tiveram o tempo médio de 18 minutos; a maior durou pouco mais de uma hora e a menor, 8 minutos. O tempo total das entrevistas resultou em mais de seis horas de gravação.

No diário de campo foi feita uma complementação com apontamentos da pesquisadora sobre aspectos que não puderam ser captados nas entrevistas, como o contexto, local, duração e observações.

5.6 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e inicialmente classificadas em categorias pré-definidas de acordo com os objetivos específicos. Cada subcategoria foi analisada seguindo-se a técnica de Análise de Conteúdo. Esta modalidade consiste em descobrir os “núcleos de

sentido” que compõem as falas, cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1977).

Este instrumento metodológico possui três fases: pré-análise, seleção das unidades de análise e processo de categorização (BARDIN, 1977).

A primeira fase caracterizou-se como uma exploração prévia da literatura e das entrevistas; estas últimas gravadas digitalmente e transcritas na íntegra. Foi feita uma leitura “flutuante” dos discursos dos sujeitos, o que, segundo Bardin (1977), tem como objetivo estabelecer contato e conhecer o texto, buscando impressões e orientações, e apreender, de uma maneira total, as idéias principais e os significados gerais.

Seguindo-se a técnica de Análise de Conteúdo, foi realizada, inicialmente, uma leitura vertical de cada entrevista, buscando-se apreender não só o conteúdo como também a sua lógica. Em seguida, mediante leituras horizontais, foram colocados os depoimentos um ao lado do outro para se identificar os principais aspectos das falas (MINAYO, 2006).

Na segunda fase, foram selecionadas as unidades de análise (ou análise de significação). Os discursos foram recortados e agrupados em unidades de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para registro de dados. Na terceira fase, a categorização foi feita de acordo com a classificação de elementos constitutivos, por reagrupamento e critério de categorização lógico-semântica (categorias temáticas) (BARDIN, 1977).

Além de buscar respostas para as questões, com essa técnica pode-se caminhar na direção do aprofundamento e chegar até mesmo ao que está por trás dos conteúdos explícitos daquilo que se analisa (MINAYO, 2006).

5.7 Apresentação dos resultados

Após a análise dos dados foi feita uma nova leitura horizontal, na qual se estabeleceu um confronto entre as entrevistas, buscando núcleos de sentido que constituiriam categorias de análise temática.

A categoria analítica que este trabalho utilizou para analisar, qualitativamente, os dados que emergiram do campo empírico da percepção dos participantes dos movimentos sociais e do SUS e também da revisão de literatura gerou categorias mistas pré-definidas de acordo com a revisão de literatura. Estas foram agrupadas em quatro grupos de acordo com os objetivos específicos:

- a) diferentes significados acerca da integralidade;
- b) percepção sobre a saúde bucal no SUS;
- c) percepção sobre a saúde bucal nos movimentos sociais;
- d) possibilidades de ação que permitam o resgate do princípio da integralidade na saúde bucal, no âmbito do SUS e dos movimentos sociais, segundo a percepção de seus participantes.

Quadro 2 - Resumo dos procedimentos metodológicos

Objeto de estudo	Sujeitos do estudo	Temas	Recortes de contexto	Instrumentos
------------------	--------------------	-------	----------------------	--------------

Percepção de possibilidades de ação que atendam ao princípio da integralidade na saúde bucal.	Participantes do SUS e/ou dos movimentos sociais.	Integralidade Saúde bucal	SUS Movimentos sociais Anos 2000	Roteiro de entrevista Diário de campo
---	---	----------------------------------	--	--

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Não há o diálogo verdadeiro se
não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico.
Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece
entre eles uma inquebrantável solidariedade.*
(FREIRE, 1987, p. 82)

6.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes está descrita no Quadro 3, segundo os critérios de formação, representação e classificação da representação. Os movimentos sociais dos quais eram representantes foram classificados segundo Gohn (1997).

Quadro 3 – Características dos entrevistados

Nº.	Formação/atuação	Representação	Classificação
00	Pedagogia*	ANEPS-GO e SES-GO	SUS
01	Cinema	ANEPS-SP	MS (classificação 3)
02	Enfermagem/Doc.universitária**	ANEPS-SC	SUS
03	Antropologia/Doc.universitária	ANEPS-PE	SUS
04	Medicina/ Doc. Universitária	ANEPS-PB	SUS
05	Pedagogia	ANEPS-RN SES-RN	SUS
06	Terapia corporal	ANEPS-MS	SUS
07	Odontologia	SMS Tijucas – SC	SUS
08	Pedagogia	Mov. Artistas pela Natureza	MS (classificação 3)
09	Graduando em medicina	ANEPS-PE	SUS
10	Medicina	SMS-PE	SUS
11	Odontologia/ Doc.universitária	ABRASBUCO	SUS e org. de classe
12	Odontologia/ Doc.universitária	ABENO, UFPB	SUS
13	Odontologia/ Doc.universitária	PUC-PR, SMS Curitiba	SUS
14	Odontologia /Doc.universitária	UnB	SUS
15	Odontologia	SES-TO	SUS
16	Odontologia/ Doc. Universitária	UnB	SUS
17	Medicina /Doc. Universitária	Ex-prefeito de Camaragibe - PE	SUS
18	Enfermagem /Doc.universitária	UnB	SUS
19	Medicina/ Doc.universitária***	UFBA	SUS
20	Medicina /Doc. Universitária	UFBA e movimento de reforma sanitária	SUS e MS (classificação 3)

*Informante inicial, este não foi entrevistado.

Este **informante não pôde ser entrevistado, porém indicou um substituto.

***Esta entrevista foi completamente perdida por causa dos ruídos durante a gravação.

A maioria dos entrevistados é composta de participantes do SUS, muitos deles são pessoas referenciais na construção do conhecimento sobre o assunto pesquisado e, além disso, aliam o conhecimento popular ao científico e participam da ANEPS. Embora essa não seja

considerada um movimento social, muitos dos participantes da ANEPS fazem a interlocução entre os serviços de saúde, a academia e os movimentos sociais.

6.2 Categorias temáticas

Como o roteiro de entrevistas seguiu os objetivos propostos, concluiu-se, após a análise dos dados, que as categorias temáticas seriam os próprios objetivos específicos, e estes, por conseguinte, seriam subdivididos em subcategorias. O Quadro 4 contém a síntese dos resultados, dividido em categorias temáticas e subcategorias:

Quadro 4 - Síntese dos resultados

Categorias temáticas	Subcategorias
Diferentes significados da integralidade	Modelos de atenção/Modelos Assistenciais: - Aproximação entre os modelos de atenção e a integralidade - Afastamento entre o modelo de atenção e a integralidade Fractal Dinamicidade
Percepção sobre a saúde bucal no SUS	Afastamento - tão perto e tão longe Cuidado além da boca A bucalidade
Percepção sobre saúde bucal nos movimentos sociais	Afastamento – movimento dos sem-dente? A necessidade de aproximação: a boca ganha voz e a Odontologia, ouvidos? Organizações relacionadas com a categoria odontológica
Possibilidades de ação	Reintegradores (re-totalizadores) - Reconstrução e re-totalização da realidade - Necessidades percebidas na realidade - Metodologias problematizadoras - Políticas públicas reintegradoras Modelos de atenção reintegradores da saúde bucal

6.2.1 *Diferentes significados da integralidade*

As percepções acerca da integralidade foram agrupadas em três subcategorias: modelos de atenção/modelos assistenciais, fractal e dinamicidade.

6.2.1.1 Modelos de atenção/ Modelos assistenciais

Os modelos de atenção ou modelos assistenciais também podem ser chamados de tecnoassistenciais, ou desenhos organizativos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção foram classificados como subcategorias. Os antagonismos existentes entre os modelos de atenção, evidenciados nas falas dos entrevistados, são analisados como *aproximação* e *afastamento entre os modelos assistenciais e a integralidade*.

6.2.1.1.1 Aproximação entre os modelos assistenciais e a integralidade

No nível individual, os valores morais e éticos podem ser considerados componentes da integralidade e uma forma de tecnologia leve para o modelo de atenção, como salientou um dos entrevistados:

Então o que eu acho é que tem que haver assim, por exemplo, você vai lá para infância e lembra-se do pai e da mãe falando: “Você tem que ser uma pessoa íntegra”, no sentido de ter valor e os manter. Não separar, ali eu faço isso, ali eu faço aquilo. E ter uma integralidade no sentido moral mais ético e tal. (E. 1).

No dicionário, a moral pode estar atrelada aos valores individuais ou coletivos, relativos à boa conduta. Neste caso, porém, o entrevistado revela um sentido de integralidade que está relacionado com as atitudes individuais, ou seja, ter um valor norteador de suas atitudes que, muitas vezes, é repassado pela família. No modelo de atenção, a moral e a ética permeiam as relações de trabalho em qualquer nível de atenção.

Os níveis de atenção à saúde são percebidos em três campos: da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde, os quais são representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação e foram normalizados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS-96) (BRASIL, 1997). A

aproximação entre os modelos assistenciais e a integralidade foi percebida por um dos entrevistados como a união desses campos.

Olha, eu trabalho integralidade como um princípio que nasce com a idéia de juntar promoção e assistência. Então ele tem a característica de juntar essas abordagens dentro do sistema único, promoção, prevenção, assistência e reabilitação. E passa para ser trabalhado na perspectiva dos níveis de atenção de estar juntando a atenção básica com a secundária, a terciária, e aí a gente começou a trabalhar com a noção mais ampla de integralidade. (E. 10).

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer o atendimento efetivo das demandas de saúde da população. Para isso é necessário um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde (BRASIL, 2007). O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares: básico, médio e de alta complexidade.

Outro entrevistado fez um breve histórico da preocupação da integralidade em articular os vários níveis de atenção — promoção, prevenção, recuperação e reabilitação:

Bom, a integralidade é uma noção que veio a partir de um referencial da chamada Medicina Integral, ou também, do inglês, do *Comprehensive Medicine*. Um projeto que foi criado nos Estados Unidos, mais ou menos na década de 1950, e que de alguma forma inspirou os departamentos de Medicina Social, aqui, no Brasil. E que procurava, de alguma forma, trabalhar que eram importantes vários níveis de prevenção e, neste particular, juntar ações de promoção, de prevenção, de recuperação e de reabilitação da saúde. (E. 20).

No pós-guerra, uma nova forma de atuar na atenção à saúde centrou-se na concepção de integralidade na atenção. O chamado paradigma da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark (1976 apud PAIM, 2007), tornou o modelo de multicausalidade do processo saúde-doença mais dinâmico e abrangente, dispondo de uma pré-patogênese e de uma patogênese que possibilitavam pensar a prevenção da ocorrência e a prevenção da evolução das doenças. Assim, no clássico diagrama da história natural das doenças, acoplavam-se cinco níveis de prevenção: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Tais níveis foram sintetizados na prevenção básica (medidas inespecíficas e/ou específicas de proteção e promoção), na prevenção secundária (recuperação

da saúde) e na prevenção terciária (reabilitação) (PAIM, 2007). A junção desses níveis de atenção parece garantir a aproximação do modelo de atenção com a integralidade.

Na década de 1990, o governo federal editou sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB), cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo e das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e determinação do modelo de atenção que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). A garantia da integralidade nos níveis de atenção e no financiamento, conforme a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, pode ser identificada no relato a seguir:

Eu também posso olhar integralidade para dentro do próprio sistema de saúde, do próprio SUS, onde eu vejo a integralidade dos níveis de complexidade do sistema da atenção básica, da média e alta complexidade, embora a gente saiba que o Ministério da Saúde, todos os financiamentos e órgãos têm feito esta divisão. E você consegue ver um pouco a integralidade na Lei 8.080, que já aparece em um capítulo da constituição, quando ela fala da integralidade, a atenção preventiva, promocional, de recuperação e de reabilitação da saúde. Este é o melhor conceito, com o qual mais me identifico. (E. 18).

Outra forma de aproximação da integralidade pode ser percebida nos processos de trabalho, compreendidos neste estudo como um modelo de atenção, visto que possuem uma racionalidade orientada para um fim.

Esta discussão é necessária por que é o modo de organização dos elementos componentes do processo de trabalho que conduz ao produto final e denota o projeto dos trabalhadores, revelando o espaço micropolítico do modelo de atenção que se está construindo (MALTA; MERHY, 2003). Alguns entrevistados percebem a integralidade como fruto de um trabalho integrado para ampliar o acesso:

A integralidade seria todo mundo trabalhar junto, né? No planejamento conjunto, assim desta forma. E assim atingindo toda a população. (E. 5).

O trabalho em saúde caracteriza-se como um mundo próprio, complexo, diverso, criativo e dinâmico, em que, cotidianamente, usuários se apresentam com problemas de saúde e buscam os trabalhadores para resolvê-los. O momento do trabalho é também o do encontro entre esse trabalhador e o usuário. Este encontro pode estar permeado de dor, sofrimento, saberes de saúde, experiências de vida, práticas assistenciais e subjetividades que afetam o trabalhador e o usuário (BRASIL, 2005b). Vale ressaltar que as relações de trabalho na equipe de saúde interferem na qualidade deste encontro.

A compreensão de trabalho em equipe pode ser observada de diferentes pontos de vista: da interdisciplinaridade, da articulação dos saberes e, contraditoriamente, da divisão do trabalho, ou seja, da especialização do trabalho em saúde. A divisão técnica do trabalho introduz o fracionamento do processo de trabalho do qual os outros trabalhos parcelares se derivam e, por outro lado, acena para os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados (PEDUZZI, 2001). Exemplificando, o usuário do sistema de saúde chega com suas demandas ou problemas e, por causa da divisão do conhecimento e do paradigma mecanicista, suas demandas são fracionadas: se tem cáries, deve procurar um cirurgião-dentista; se é hipertenso, um cardiologista. Esses trabalhos (aspectos), porém, são complementares, portanto nada impede que o cirurgião-dentista dialogue com o médico para alguma intervenção cirúrgica.

A integralidade deve ser fruto de um esforço e da confluência de vários saberes de uma equipe dentro de um espaço específico. A análise individual deve ser ampla o suficiente para permitir a visão do paciente como um todo.

E conseguir resolutividade para todas as necessidades que ele apresenta. Conseguir este olhar amplo. Isso envolve tanto ações assistenciais que a gente faz, de procedimentos clínicos. A gente é obrigada a trabalhar no modelo de atenção à saúde. Então, é ver o paciente como um todo, analisar suas necessidades: sociais, econômicas, culturais. Isso exige uma atuação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional. (E. 7).

Outros entrevistados relataram que, além do trabalho em equipe, há a necessidade de diálogo e integração com a comunidade ou grupos sociais:

Quer dizer, temos que ir para o campo nos relacionar com os grupos sociais, né? Junto com a nutrição, com a engenharia sanitária, junto com a veterinária, a enfermagem. Todas as práticas que têm a ver com a vida, até para o arquiteto, com o agrônomo, com tudo! Como corrigir uma caminhada de resgate da formação de um trabalhador de saúde mais integral? (E. 11).

Um dos papéis do ensino superior na formação de profissionais de saúde é estimulá-los ao comprometimento com o SUS e com o controle social (NARVAI, 2006). A fala anterior aponta um trabalho interdisciplinar que dialoga com outros setores e tem uma concepção de saúde mais ampla, pautada nos seus determinantes. Este conceito destaca outra aproximação dos modelos de atenção com a integralidade, por meio da intersetorialidade e da participação popular, como também se pode ver a seguir:

Implica em trabalhar toda a intersetorialidade e transdisciplinaridade do processo, nesse aspecto trabalhar também a organização dessa população, da participação popular. (E. 10).

Além da participação popular, a junção com o conhecimento popular também foi mencionada:

São várias práticas juntando todo o conhecimento popular. (E. 6).

O saber da população deve ser reconhecido pelos sujeitos do campo da saúde, portadores de recursos e de tecnologia que circulam na academia (docentes e pesquisadores) e pelos que atuam na organização e gestão dos serviços de saúde. Tudo isso deve estar alinhado com Pacto em defesa do SUS e com o indivíduo (usuário), tomando-o sujeito da ação transformadora (PEDROSA, 2006).

Outro conceito importante para esta aproximação é o do empoderamento, o qual sugere a participação do povo nas ações governamentais e, particularmente, nas relativas à saúde, de modo que estes grupos sejam capazes de controlar e dirigir suas próprias vidas (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988).

Isso era a intersetorialidade, a integralidade, o empoderamento da população, era promoção da saúde, era para isso que a gente trabalhava a integralidade. (E. 17).

O trabalho em saúde se baseia na relação entre as pessoas, que acontece em todas as fases de sua realização, portanto ele sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado e de concretização da prática. Cada trabalhador e usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003 apud FEUERWERKER, 2005).

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na saúde com a finalidade de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, capazes de estabelecer vínculo com os usuários dos serviços e sensíveis às dimensões do processo saúde-doença inscrito no âmbito da epidemiologia ou da terapêutica (PINHO et al., 2006). Esta é a percepção aqui manifesta:

Então, a integralidade na saúde a meu ver está ligada à perspectiva de trabalhar com as necessidades das pessoas em termos de saúde e doença, e necessidades estas que vão, em minha opinião, da perspectiva física, passando pela perspectiva cultural e subjetiva, que compõe o sujeito em ação. (E. 16).

Para Pinheiro e Mattos (2006), o cuidado deve ser apreendido como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser. É tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento, fruto de sua fragilidade social. A ação integral é também entendida como efeito e repercussão de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo.

Eu gosto de pensar a questão da integralidade pelo lado subjetivo, que é o lado que as pessoas menos pensam, principalmente na área da saúde. A questão do cuidado com os sentimentos, com as emoções, com o lado psicológico e esse eu vejo que é lado que mais fica fragilizado quando se pensa na integralidade, na integralidade da assistência, na baixa, média e alta complexidade. (E. 15).

Na ótica de outro entrevistado, a assistência, a gestão e a educação são inseparáveis no processo de trabalho. Esta concepção está aliada à idéia de educação permanente em saúde,

que é uma das estratégias que possibilitam um novo estilo de gestão com participação popular (BRASIL, 2005b).

É o que eu entendo como integralidade. E acho que integralidade enquanto princípio do SUS é garantir a assistência, o cuidado, a gestão, a educação, sem fragmentar. Eu acho que, dentro do ato educativo na saúde, tem o lugar do trabalho, tem o lugar da gestão dentro do próprio processo de trabalho. Do mesmo jeito que uma consulta clínica de um profissional de saúde, ali também se representa se constitui um ato educativo. (E. 3).

A percepção da aproximação entre os modelos de atenção e a integralidade também ocorre mediante a inter-relação com os outros princípios: universalidade e equidade da atenção. Constitui-se, assim, um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo com forte poder para expressar ou traduzir a Reforma Sanitária Brasileira (CECÍLIO, 2006). Esta condição de conceito-signo fica evidenciada na fala seguinte:

Então, neste sentido, a integralidade precisa ser garantida e tem que ser constituída pensando a universalidade, né? Atender essa garantia para todos e entender essa idéia de equidade. A equidade, a integralidade e a universalidade, o tempo todo costurado entre si, para não ser fragmentado. Quando trabalho um conceito, trabalho o outro. (E. 3).

As desigualdades em saúde e o baixo acesso aos serviços fazem com que o conceito de necessidade se torne estruturante para qualificar e humanizar os serviços de saúde. Cecílio (2006, p. 125) vai além ao dizer que “[...] está em jogo a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo de compreendê-las”. A integralidade mostra-se indissociável da universalidade e da equidade na seguinte fala:

De forma que todo mundo tivesse acesso ao serviço, mais ou menos assim, desta forma igualitária, né? (E. 5).

A equidade é um princípio que deve ser bem observado, como foi assinalado por um dos entrevistados:

A equidade se ele não for bem observado, você pode estar fazendo a proposta de tentar focar, sem estar focando. (E. 17).

6.2.1.1.2 Afastamento entre os modelos assistenciais e a integralidade

Foram observadas também percepções da integralidade como afastada dos modelos de atenção, o que se pode nomear usando o neologismo *desintegralidade*. Este termo pode representar a ausência da integralidade ou o afastamento desta.

Os modelos de saúde podem focalizar programas como resposta a problemas específicos. Paim (1997) considera que programa é um conjunto de ações formuladas e propostas por uma agência institucional, na tentativa articulada de enfrentar um problema público ou alguns de seus aspectos. Deve ser compreendido como indutor do processo de formulação de políticas. Segundo um dos entrevistados, estes programas, quando são usados exclusivamente como acesso ao SUS, podem promover o afastamento da integralidade, pois o acesso aos serviços está dirigido a públicos específicos:

Porque a gente entra em um centro de saúde e só entra criança, só entra a mãe, ou se entra às vezes é quem está com hanseníase ou tuberculose. (E. 1).

Para outro entrevistado, tanto a integralidade como os outros princípios são utópicos, muito discutidos na teoria e distantes da prática do modelo assistencial, pois, na verdade, o sistema de saúde encontra-se desintegrado:

Eu penso o seguinte: é uma utopia que se coloca dentro da nossa reestruturação prática do sistema de saúde, coloca-se como uma das categorias como de tantas outras: da universalidade, da equidade. Quer dizer, foram categorias que passaram a ser verbalizadas e que não passaram por um processo de assimilação e de digestão. Elas não foram processadas. Então, hoje elas estão presentes no discurso como um consenso, mas muito distantes das práticas, não é? Então, o que se trabalha, teoricamente, do ponto de vista da integralidade, ainda que uma categoria cheia de distensões na teoria, mas aceita o rótulo. Na prática é pior ainda, a prática da integralidade é um verdadeiro sonho, muito difícil de ser alcançado, até porque o sistema está desintegrado. (E. 11).

Duas entrevistas destacaram a desintegralidade nos espaços de assistência à saúde (postos de saúde) e nos espaços da vida. As estruturas arquitetônicas das unidades de saúde não colaboram para a integralidade das ações, nem mesmo para a humanização dos serviços.

Teria que começar não só como modelo arquitetônico, a arquitetura do centro de saúde como deveria ser para ela integrar mais o que a gente colocaria lá dentro, entendeu? (E. 1).

A ausência dos pré-requisitos essenciais para a saúde, tais como saneamento básico, educação e lazer, pode provocar o afastamento da integralidade nos espaços da vida. Este aspecto foi destacado na fala que se segue:

Como você chega a uma comunidade para discutir integralidade, se lá há esgoto a céu aberto, ausência de lazer e cultura, ausência de educação? (E. 18).

O modelo biomédico predominante na formação dos recursos humanos em saúde e a rigidez na divisão do trabalho foram destacados como fatores que prejudicam a atenção à saúde e os processos de trabalho:

Os profissionais trabalham com seus saberes isolados, eles não procuram confluência de saberes, muitas vezes até por medo de divulgação dos seus conhecimentos, ou resistência mesmo, por uma formação elitista que as faculdades têm, pelo modelo americano de formação, entre outras coisas. Isso varia de acordo com a realidade do município, de cada comunidade, de cada equipe, da visão de cada profissional. (E. 7).

Quanto à divisão do trabalho em saúde, entende-se que a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna, portanto é núcleo original do qual os outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais necessárias, no entanto configuram-se não somente como trabalhos diferenciados tecnicamente, mas também desiguais quanto à sua valorização social. Ou seja, são atribuídas distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isso significa que algumas profissões são consideradas superiores a outras e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho (PEDUZZI, 2001).

A formação profissional da saúde tem enfatizado excessivamente a abordagem reducionista. Desta forma, desenvolveu suas disciplinas especializadas a um ponto tal que os profissionais de saúde, com frequência, já não são capazes de ver a enfermidade como uma perturbação do organismo como um todo, nem de tratá-la como tal, nem de dialogar com as outras disciplinas. Os exames laboratoriais e a medição de parâmetros físicos são geralmente

considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente (CAPRA, 1982).

6.2.1.2 Fractal

A percepção do termo integralidade foi relatada por alguns conforme a noção de fractal visto aqui como um objeto que pode ser dividido em partes, cada uma delas semelhante ao objeto original (WIKIPÉDIA, 2007c). Um exemplo de fractal é a epígrafe inicial deste trabalho. A noção de fractalidade serve para a criação de objetos conceituais (ALMEIDA FILHO, 2004).

De modo geral, são raros os usos da abordagem fractal na área da saúde. Almeida Filho (2004) observou alguns exemplos de propostas teóricas que supõem a anunciação de novos paradigmas na área da saúde coletiva, inspirados na idéia da complexidade. Por exemplo, a proposta dos modelos ecossociais de Krieger (1994 apud ALMEIDA FILHO, 2004), que se funda essencialmente na aplicação de uma perspectiva fractal ao processo de construção do objeto da saúde coletiva. O elemento de fractalidade seria a interpenetração entre o biológico e o social, repetida em todos os níveis, do subcelular ao da sociedade. O autor verificou também o uso desta abordagem no *paradigma das caixas chinesas* (SUSSER; SUSSER, 1996 apud ALMEIDA FILHO, 2004) na epidemiologia do futuro, como uma tentativa de expressão da complexidade dos sistemas complexos da saúde-doença. Embora os autores façam referência aos distintos graus de complexidade hierárquica dos sistemas, não mencionam a teoria dos fractais. Não obstante a carência de aplicações concretas da noção de complexidade na saúde coletiva, fica evidenciada a sua utilidade potencial especialmente na área de formação de profissionais da saúde, ao se buscar maior eficiência nos contextos em

que há escassez de recursos humanos e de materiais por meio de estratégias de capacitação por multiplicação, por exemplo.

Nos trechos seguintes, são apresentadas a noção de fractal, seus antagonismos e extremos, conforme perceberam os entrevistados:

a) partes e inteirezas;

Acho que integralidade pra mim é sempre a idéia de inteireza. Mas compreendendo que a inteireza é constituída de partes que em si mesmo são inteirezas. Ao mesmo tempo em que uma atividade é pequenina, ela pode ser a partir disso como uma atividade grandiosa. Ao mesmo tempo em que estou trabalhando em uma atividade específica, em uma área específica, ela também é genérica ela mesma. Pois ao mesmo tempo em que ela é complexa, ela é simples. (E. 3).

b) totalidade e divisão em partes;

A integralidade é um todo. E juntar tudo para valorizar o atendimento para que aquela pessoa seja vista como um ser humano na totalidade e não por partes. Não por dente ou por estômago, né? Mas como um ser que tem tudo isso nela. (E. 6).

c) focalização e amplitude;

Integralidade, geral? Acho que é assim: integralidade é tudo aquilo que você consegue englobar de maneira ampla. Tem a questão da integração, ou seja, da coisa muito integrada, e de você ver a coisa inteira, você engloba todas as coisas, não vê focalmente. (E. 9).

d) totalidade e particularidade;

Eu sinto que está ligado ao sentimento de totalidade do ser, né? Agora saúde bucal já é uma particularidade. Então tem, mas muitas vezes o ser está precisando de uma coisa específica. (E. 4).

e) individual e coletivo;

Este trânsito entre individual e o coletivo, então integralidade para mim tem a ver com o cuidado. (E. 8).

f) macro e microambiente;

Neste contexto que ele vive hoje, como é que a gente liga a integralidade do ser humano na sua concepção individual, mas coletiva, porque ele vive coletivamente neste espaço de mundo ambiental. (E. 13).

g) integralidade e fragmentação.

É a gente buscando integralidade na desintegralidade, ou seja, sempre estamos tentando falar em integralidade estritamente na prática, na nossa prática, no nosso campo, na nossa área, não é? (E. 11).

O conceito de integralidade não tem para mim saúde bucal (disse exaltado). Não tem. (E. 14).

E você vê sua especialidade como um todo. Aí não dá mesmo, nem para pensar integralidade. (E. 9).

A percepção de integralidade como fractal não foi relatada objetivamente por nenhum entrevistado. No entanto, após a revisão da literatura e a análise das entrevistas, ficou evidente esta relação entre o específico e o todo, o individual e o coletivo, as partes e o inteiro, a integralidade e a fragmentação. Essas relações mostram a unidade na totalidade e a totalidade na unidade, como aponta Almeida Filho (2004). Elas não podem ser consideradas estanques, são dinâmicas e constituídas de nós e conexões que se interligam (MACHADO, 1994) na perspectiva da re-totalização, como será destacado a seguir.

6.2.1.3 Dinamicidade

A dinamicidade parece ser um conceito fundamental para a compreensão da integralidade (totalidade). Paulo Freire (CALLONI, 2002) fez considerações sobre as noções de disciplina (partes), de todo (realidade) e de dinamicidade. A noção de disciplina como estruturação do pensamento atende às demandas dos conhecimentos parcelados do real. Mas fica claro também que a realidade mesma só poderá ser apreendida na medida em que cada disciplina se relacione com as demais. Portanto, é necessário um diálogo contínuo entre as disciplinas, de forma que a realidade se desvele em uma totalidade em construção. Daí a necessária providência de re-totalização dos saberes em torno do real, pois a dinamicidade ontológica não permite sua compreensão isoladamente (CALLONI, 2002).

A dinamicidade ontológica do real, segundo Calloni (2002), é a qualidade inerente aos fenômenos vitais nos quais a noção de realidade se expressa. Trata-se do movimento, da mutação, da transformação, da modificação, dos arranjos contínuos e permanentes, quer dizer, dos enredamentos, das relações, dos encontros, das ligações, dos aparecimentos e

desaparecimentos que configuram o caráter dinâmico e ontológico do real. Mas é na organização da vida que a dinamicidade própria do real se expressa, seja em forma de natureza ou de consciência que a capta, interpreta e atua. O real só pode ser apreendido como elemento constitutivo da vida e não como seu promotor. Essa noção de dinamicidade ontológica do real pretende traduzir o que Paulo Freire denomina de “inacabamento” ou “inconclusão” em seu sentido genérico (FREIRE, 1986).

Para Calloni (2002), não restam dúvidas de que Paulo Freire se refere a um inacabamento ou a uma inconclusão em um sentido ontológico da realidade vital, que é própria da essência da vida. Desse modo, a vida é, segundo Freire (1986), inconclusa, inacabada. A realidade que a informa, por sua vez, é igualmente um real inacabado e inconcluso. Contudo, Freire parece se referir a um inacabamento específico da expressão vital como inacabamento (ou inconclusão) participante dos processos vitais de geração e corrupção permanente do tecido vivo, que jamais se consolida, jamais se extingue como movimento próprio da energia vital.

A partir do entendimento dinâmico do real é que se torna possível compreender a importância da noção dinâmica da integralidade e, conseqüentemente, da re-totalização dos conhecimentos, dos diversos saberes.

Na fala de um entrevistado, a percepção de integralidade apareceu ligada à dinamicidade e à transformação:

E cada um enfatiza uma coisa. É legal, uma palavra que se busca uma totalidade e tem hora que tem muitas perspectivas teóricas de entender esta totalidade. Se você me perguntar agora, talvez eu fale de uma perspectiva, mas tenho outra também, eu mesmo não tenho isso muito claro, eu vario a cada momento, enfatizo uma determinada coisa, é assim. (E. 4).

Outro entrevistado ressaltou a integralidade na dinamicidade das relações do homem na sociedade e no mundo.

É você entender esta relação entre o ser humano, o homem, no grupo do qual ele faz parte. A não ser que ele seja um ermitão, né? Nós vivemos numa sociedade, nós vivemos em uma relação com outras pessoas. (E. 13).

O processo de transformação, de transição do corpo, do homem e da sociedade é expresso na fala seguinte:

Não, primeiro a integralidade para mim, do ponto de vista do trabalho em saúde, é compreender o ser humano como um indivíduo complexo, um indivíduo potencial, transitório, subjetivo, um corpo e uma entidade física, é uma coisa bastante provisória e em transformação, é impossível falar da integralidade como uma coisa dada, fixa ou estável. (E.12).

Ao se fazer o uso metafórico do fractal para a reelaboração do conhecimento e da concepção de integralidade, como se fez com as figuras 4 e 5, tem-se a falsa impressão de que ele é estático. Mas podemos compará-lo a uma gota d'água que cai em um poço, onde serão produzidas várias circunferências concêntricas e dinâmicas (Figura 9).



Figura 9 - Representação dinâmica de fractal.
Fonte: Blog (2007c).

6.2.3 *Percepção sobre a saúde bucal no SUS*

A percepção da saúde bucal, no âmbito do SUS, pelos participantes de movimentos sociais e do SUS foi categorizada em três núcleos de sentido: afastamento — tão perto e tão longe, cuidado além da boca e bucalidade.

6.2.2.1 Afastamento — tão perto e tão longe

Inútil

*A gente não sabemos escolher presidente
A gente não sabemos tomar conta da gente
A gente não sabemos nem escovar os dente
Tem gringo pensando que nós é indigente*

*Inútil! A gente somos inútil!
(Ultraje a Rigor)*

Partido Alto

*Deus me fez um cara fraco
desdentado e feio
Pele e osso, simplesmente
Quase sem recheio [...]
(Chico Buarque)*

Foram apontadas as seguintes causas para o afastamento da saúde bucal em relação à integralidade no SUS: visão focalizada do profissional de saúde bucal, atuação restrita (somente na boca) e dificuldade de trabalhar em equipe.

Eu acho dentista o bicho mais difícil que tem. Ele trabalha no pequeninho, aí, é uma coisa assim, acha que é o buraquinho, entendeu? Então é uma visão difícil de integrar. Ele não trabalha com uma equipe multidisciplinar, por exemplo. Mas eu acho que eles têm de ser grandes. Porque são artistas no micro, no microcosmo, até... É a impressão que projeta. (E. 1).

A formação e o objeto de estudo (boca) foram analisados por um entrevistado como fontes desse distanciamento:

Vocês sofrem muito mais que os outros profissionais, porque a formação, ela de fato se focaliza na boca, como se a saúde começasse e terminasse ali. No meu processo de integração com o indivíduo, quer dizer, ele não perdeu seus dentes por que ele quis, por exemplo. Ele não teve assistência odontológica, porque achou que deveria... não teve acesso na vida. Eu trato não só a questão da integralidade, como anteriormente a questão da saúde bucal como uma... como poderia dizer... a questão da saúde bucal poderia ser casada com toda a atenção do indivíduo. A boca, embora ela tenha uma localização, faz parte do sujeito na sua integralidade, na sua complexidade, melhor dizendo. Na saúde bucal vocês têm uma formação diferente do conjunto de outros profissionais da área da saúde. Então o que nós desenhamos no saúde da família e o que pensamos sobre a saúde da família, porque nós envolvemos os trabalhadores de saúde bucal? Exatamente para quebrar isso, para tentar integrar hoje a compreensão do que acontece com a saúde hoje, na sua totalidade, inclusive na saúde bucal. Desde o espaço de residência, de convivência, de trabalho nas famílias. E que segue a uma ação específica, ou necessária, e demandada por estas famílias e de espaços das unidades de saúde, das unidades de outras complexidades. Não vou ser crítica, mas a constituição que eu tenho, é que são preparados o suficiente na formação, os médicos principalmente, mas você tem essa delimitação do estopo do trabalho de vocês. (E. 18).

Em todas as áreas da saúde, neste caso a área da Odontologia, um dos desafios particulares a serem enfrentados é realizar mudanças na formação. A prática privada predominou de maneira absoluta, durante muito tempo, como a alternativa de ocupação dos cirurgiões-dentistas. Sua inserção no sistema público era limitada. Este quadro só mudou após a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF. Com as propostas de mudança na formação dos profissionais de Saúde, orientadas pelas LDB (BRASIL, 1996b), pelas DCNs do curso de Odontologia (BRASIL, 2002a) e estimuladas pelo Ministério da Saúde por meio do Pró-Saúde (BRASIL, 2005a), pretende-se chegar à formação de profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para realizar uma atenção humanizada e de boa qualidade. Mudanças na universidade também são necessárias para que a instituição esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Como a formação de profissionais de saúde está fractalmente ligada à produção dos cuidados e serviços em saúde, pretende-se, também, transformar o modelo de atenção, fortalecer a promoção e a prevenção, oferecer atenção integral e estimular a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (FEUERWERKER, 2005).

Enquanto essas mudanças não se consolidam, ainda serão freqüentes observações como esta, em que um dos entrevistados criticou a postura de um dentista que trabalha na sua comunidade de atuação, classificando-a como assistencialista, careta, isolada e segmentada, apontando ainda a omissão do profissional na discussão dos problemas da comunidade:

Às vezes se discute a omissão do dentista, daquele dentista. A saúde bucal faz parte do contexto, de um todo de luta, e ajuda a fortalecer o serviço, deve-se abandonar o serviço careta, isolado, segmentado. (E. 2).

A Odontologia ainda é sustentada pelo paradigma cirúrgico-restaurador. E, para ser considerado um bom profissional, o odontólogo precisa dominar somente as técnicas cirúrgicas e de restauração das seqüelas da cárie. Na formação profissional, era (e em alguns casos ainda é) priorizado o adestramento da mão. Assim, formado com uma visão orgânica, o

profissional, muitas vezes, se limita a minimizar as seqüelas da cárie sem considerar a integralidade do indivíduo e seu contexto (SANTOS, 2005). Essa noção de “boa odontologia” não é suficiente para atender ao princípio da integralidade que se consolida no SUS. Desta forma, o profissional que ainda tem uma postura segmentada, racionalista e não dialógica é percebido como “careta”, obsoleto.

A fragmentação da formação parece retirar o dente do contexto da boca, do corpo, do indivíduo, da sociedade e do mundo, conforme foi elucidado a seguir:

A gente acaba mais se escriturando em termos, em práticas, e de serviços em saúde bucal, dar mais resposta a esta dimensão de necessidades. E aí a gente fragmenta, a gente recorta, a gente divide, a gente isola a boca o dente. A gente vai se especializando, vai fragmentando, e vai perdendo a noção da dimensão maior de outras necessidades que compõem esta saúde e a saúde bucal. (E. 16).

Kovaleski, Freitas e Botazzo (2006) consideram que o estudo da boca e dos dentes, como órgãos naturalmente dispostos e funcionais, suprime uma trama de desejos e sentimentos. É necessária uma ciência além da cartesiana para compreender a produção da subjetividade da boca, ou seja, a discussão deve ultrapassar os limites da Odontologia.

Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram que a produção dos atos de saúde sem a ação integralizada e unificada em torno dos usuários é resultante do modelo biomédico. Expressa um grupo de interesses sociais que desenha certo modo tecnológico de operar a produção dos atos de saúde, que empobrece e até mesmo anula a dimensão da integralidade, configurando uma clínica de baixa interação e de menor produção de autonomia dos usuários.

O afastamento pode ser fruto tanto da postura individual como do processo de trabalho e/ou da própria arquitetura dos serviços de saúde, como foi assinalado:

As poucas experiências que eu tive são de certa distância mesmo, a equipe era a parte, tanto o dentista como o técnico, o THD. O pessoal era realmente mais afastado, a prática é afastada, a reunião, o pessoal não quer saber de reunião, da discussão clínica dos casos, é uma coisa bem segmentada mesmo. (E. 9).

Outro entrevistado salienta que o profissional de saúde bucal muitas vezes não está preparado para o diálogo, para perceber novas dimensões e para fazer articulações.

É também um olhar sobre o paciente que às vezes chega com o problema. É mais ou menos neste campo, e justamente o diálogo com o profissional que vai puxar para outras dimensões, mas não percebo isso claramente, né? Então, é legal este tipo de preocupação. E também ver vários níveis de complexidade diferentes articulados para gente buscar esta articulação destes diferentes procedimentos de saúde bucal, né? Quer dizer, fazendo uma ponte que o dentista não sabe fazer, então ele encaminha. Quer dizer, esta coisa que muitas vezes a gente que está no SUS não vê, não tem. A gente precisa enfatizar um pouco isso, mais esta articulação nos serviços. (E. 4).

Segundo Santos (2005), a educação em saúde bucal pode ser praticada pelos odontólogos como mero instrumento de repasse de informações, negando o diálogo e a construção coletiva do conteúdo na prática educativa, portanto esta prática está ligada ao modelo de formação hegemônico.

A falta de diálogo também ocorre dentro do trabalho em equipe. Botazzo (2000) afirma que esta falta de diálogo entre a Medicina e a Odontologia parece encontrar subsídios na visão da Odontologia como especialidade médica, que transita com dificuldade nas áreas médicas. Ressalta, ainda, que a Odontologia se encontra encerrada em seus domínios e parece valorizar esta separação, com a justificativa de que a Medicina não entenderia do seu objeto, mas parece que dele não entenderiam também a Sociologia, a Antropologia ou a Psicologia (BOTAZZO, 2000).

Outras dimensões da saúde ou da doença, que vão além da saúde bucal, são raramente tratadas pelos profissionais desta área. As divisões do trabalho em saúde têm refletido na falta de percepção do cirurgião-dentista para ver o usuário como um todo, com outras necessidades além das odontológicas.

Eu pergunto para minhas equipes de saúde bucal: quantos casos de diarreia eles diagnosticaram nos últimos dias? Eles não perguntam se a pessoa está com diarreia? Eles não perguntam se a pessoa está com dificuldade de comer, por exemplo, por causa do dente, eles não perguntam, por exemplo, se a gestante está com o enjôo por causa da pasta de dente, né? Eles não pensam no indivíduo, têm muita dificuldade de pensar no indivíduo como um todo. (E. 10).

O mesmo entrevistado destacou que o inverso também não acontece, isto é, a saúde bucal também não é objeto de investigação das outras áreas da saúde:

O inverso também, também é muito comum, é extremamente forte. Por exemplo, para o médico olhar a boca de um paciente em uma consulta normal, é quase uma

coisa de outro mundo. É quase cair um relâmpago do céu (risos), então a gente discute, coloca, provoca um pouco isso nas discussões, mas é muito, eu acho que é muito limitado, pela falta de modelo. (E. 10).

A estratégia populacional, que historicamente é feita na Odontologia, é do sistema incremental que privilegia os escolares. Desta forma, as práticas de saúde bucal, geralmente, parecem estagnadas no tempo e seguem a lógica da prevenção.

Isso é mais complicado, porque, normalmente, nós dentistas atuamos na estratégia preventiva: escovação supervisionada, flúor, etc. É sempre aquela lógica de 1900 e lá vai pedrada de tanto tempo. (E. 7).

A postura preventivista foi apontada como fator de distanciamento da integralidade, pois as estratégias historicamente relacionadas à prevenção de doenças bucais, como escovação supervisionada e fluoretação (bochechos de flúor, uso de flúor gel e escovação com creme dental fluoretado), podem enfatizar a segregação, dependendo do modo de trabalho em que estiverem inseridas. Chaves e Vieira (2002), ao fazerem uma síntese sobre as práticas preventivas no controle da cárie dental, destacaram as ações materiais fluoretados, como dentifrícios, selantes oclusais, flúor gel e bochechos com soluções fluoretadas, e constataram que intervenções isoladas parecem ter menos êxito, visto que elas deveriam estar sempre acompanhadas por ações de educação em saúde. As autoras não consideraram ações de promoção da saúde como suportes para as ações preventivas.

O da saúde bucal porque é um processo de trabalho extremamente assim, padronizado, normalizado e que a gente não conseguiu trabalhar efetivamente, mas essas noções de integralidade, né? E aí, eu acho que o pessoal, as próprias faculdades que a gente trabalha que colocam, é que tem que trabalhar juntas com atividades de prevenção e promoção de saúde bucal, por sua vez tem que entender que o flúor, a escovação de dente, não são medidas de promoção e de prevenção. E assim eles trabalham a dicotomia, também, em ir para a escola trabalhar a escovação e flúor. (E. 10).

A fluoretação das águas de abastecimento e a escovação supervisionada são consideradas como procedimentos coletivos. A fluoretação das águas tem reconhecimento mundial como fator de redução das cáries. Zanetti (2000) observou que, com essa ação, pode-se esperar uma redução média no número de dentes afetados por cárie em crianças da idade índice de 12 anos, de seis dentes cariados para três; com a instituição simultânea de outros

procedimentos coletivos, pode-se esperar apenas um e meio dentes cariados, ou menos. Assim, as reduções possíveis são da ordem de 50% ou mais de 75%.

A prática preventiva deu origem a um movimento chamado de preventivismo, fruto de uma ação de *marketing* e da mídia, que reduziu uma filosofia de ação e trabalho odontológico a um simples ato técnico. Colocado no mercado de consumo como produto da área da saúde, foi incorporado pelo serviço público como fluoretação e escovação supervisionada, imposto sem discussão, de forma vertical, sem continuidade e com grandes gastos públicos. Este movimento serviu para desviar a atenção dos fatores condicionantes da saúde e dos princípios do SUS (SANTOS, 2005).

São inegáveis as contribuições do flúor para a Odontologia, no que concerne à prevenção e ao controle de cárie dentária. A fluoretação da água de abastecimento tem sido reconhecida como uma das maiores medidas na saúde pública deste século. É o mais efetivo, econômico e abrangente método de prevenção da cárie dentária em locais de alta prevalência dessa doença, fato esse reconhecido cientificamente (CAMPOS et al., 1998; PINTO, 2000). A partir da década de 1950, a OMS passou a recomendar a fluoretação da água; no Brasil, ela vem sendo utilizada desde 1953, primeiramente em Baixo Guandu, no Espírito Santo. A necessidade de desenvolver mecanismos de controle da fluoretação fez surgir o conceito de heterocontrole, que é o mecanismo de efetivar e melhorar a qualidade da fluoretação na água de abastecimento. Realizado por instituições do Estado, parte do princípio de que um bem ou serviço qualquer implica risco ou fator de proteção para a saúde pública (NARVAI, 2001). Mesmo garantido em política pública, como no programa *Brasil Sorridente*, o poder público não faz o heterocontrole de flúor nas águas de abastecimento, como destacou um entrevistado:

Não há um sistema de vigilância à saúde e nem muito menos de vigilância na saúde em saúde bucal. Não há um controle das especificidades da situação de controle do teor de flúor na água de abastecimento de todo esse país. Como o próprio Ministério não é capaz de dizer objetiva e especificamente qual a água de abastecimento pública que têm ou não, ou se tem flúor natural, não há publicação, não há acompanhamento nesse sentido. Então, é uma falha de integralidade nesse aspecto do problema. (E. 14).

Para Czeresnia (1999), os estudos sobre o risco estavam ligados a um processo cultural construtor de um homem individualista, fruto de uma realidade desagregadora e que pouco investiu no amadurecimento das relações com o outro, mediante o fortalecimento de sua vitalidade e autonomia.

Outro afastamento que acontece nas práticas de educação em saúde, ou no próprio cuidado com o usuário, é a chamada culpabilização da vítima, quando se atribui aos sujeitos, ou a grupos específicos, a responsabilidade pelo autocuidado (SANTOS, 2005). As abordagens educacionais que objetivam mudança de comportamento e de habilidades pela imposição coercitiva desencorajam o educando ao uso do poder decisório, negando-lhe a autonomia, como se pode ver nestas duas falas:

A gente continua levando a educação em saúde na prevenção, na prescrição, na coerção e na culpabilização. (E. 13).

Uma vez eu escutei uma história de uma mãe, que o dentista do PSF chegou na casa e começou a dizer: “— Como, mãe, você tá dando mamadeira com açúcar para a criança de noite?” E ela disse: “— Eu até tentei parar de fazer isso, só que a criança, meu filho, começou a chorar de noite e eu comecei a apanhar do meu marido, porque ele dizia que tinha que trabalhar no dia seguinte”. (E. 13).

A idéia de promoção da saúde se contrapõe a esta prática, uma vez que pressupõe o estímulo ao enfrentamento do problema, e mais, que as pessoas gerenciem suas vidas por meio de reflexão, disciplina, reforço e construção da idéia de promoção da saúde.

O afastamento da saúde bucal em relação à integralidade é muitas vezes marcado pela baixa oferta dos serviços em relação às necessidades da população. Em geral, esses serviços ainda se concentram nas capitais onde há a maior presença de profissionais da área. Uma das causas desta situação é a falta de políticas de desenvolvimento de recursos humanos na saúde. Além disso, muitos profissionais de saúde preferem ficar nos grandes centros, onde circula mais capital e há mais oportunidades de emprego e formação (OPAS, 2001).

Então, a saúde bucal faz parte do SUS, como assim direito, porque hoje para conseguir um atendimento bucal pelo SUS, às vezes, ficam meses na fila, e só tem na capital, no interior não existe. (E. 6).

A área rural mesmo é bastante deficiente, quem tá na área urbana tem mais acesso, quem está na área rural quase não tem. E assim acho que a integralidade seria como se fosse uma rotina. (E. 5).

A gestão dos recursos humanos tem estado ausente das agendas das reformas do setor da saúde, o que reflete na persistência de importantes problemas de distribuição, migração, baixos salários, iniquidades, falta de articulação entre a formação de recursos humanos e as necessidades dos sistemas de saúde e más condições de trabalho (OPAS, 2001). Tudo isso pode levar ao absenteísmo do profissional de saúde e à falta de vínculo com a comunidade.

Você tem que fazer todo esse processo. E você chega para ser atendido e não tem dentista, ou não tem aparelho. Eu acho que o profissional não foi. Acho que a gente está bem no início. Acho que são muitos poucos profissionais pela carência pela saúde bucal que nós temos. (E. 6).

Os processos de trabalho, segundo o modelo biomédico, também foram apontados como causas do distanciamento. Esta tecnificação, influenciada pela revolução industrial e pelo capitalismo, levou a Odontologia a um processo de trabalho em série, muito praticado no serviço público com o auxílio de técnicos. Um dos entrevistados criticou esse processo, acusando-o de desumano e antidialógico:

É um desafio, porque a saúde bucal tem sido dentro do paradigma biomédico uma das caixinhas de saúde. Eu vejo às vezes relato de dentistas que atendem as pessoas em série nos lugares, nos municípios mais distantes. Então as pessoas ficam sentadas nas cadeiras e ele vai anestesiando todas as bocas, né? Então este tipo de ato verdadeiramente desumano, então é bem aquilo que é a prática do dentista, então você senta aí e abre a boca, que vou resolver seu problema, precisa ser conversado. (E. 8).

A saúde bucal muitas vezes é percebida à parte da saúde tanto pela população quanto pelo profissional:

Eu acho que a saúde bucal está como uma coisa à parte. (E. 6).

Quando trazemos tais reflexões para a Odontologia, é possível identificar na formação e nos processos de trabalho hegemônicos um modelo dentista-centrado, uma clínica baseada na técnica cirúrgica e mutiladora e em procedimentos reparadores do dente, principal foco de atenção e de intervenção. Uma atenção clínica que toma a boca também como órgão fragmentado e destituído de corpo. Uma boca que pode estar desumanizada, porque não foram

considerados seus aspectos psicológicos e sociais, como afirma Botazzo (2002). O efeito dessa prática pode ser visualizado na naturalização da perda dentária que a Odontologia também ajudou a institucionalizar (SOUZA, 2007).

Um entrevistado mostrou estranhamento ao ser questionado sobre como a saúde bucal pode dialogar com a integralidade no SUS. Considerou que o modelo de formação fragmentado não facilita a aproximação (neste caso, o diálogo) da saúde bucal com a integralidade.

Acho que a gente paga certo preço de estar em um curso fragmentado, a gente não dialoga muito com outras realidades de saúde por mais estranho que possa parecer. Com a odontologia eu nunca tive muito contato, mas até para conversar mesmo. Eu pessoalmente nunca pensei como a integralidade dialoga com a saúde bucal. Eu nunca usei também o sistema de saúde bucal pelo SUS. Acho que a gente sabe que a perspectiva dos atendimentos privados em nenhuma área é integral. (E. 9).

Assistiu-se, ao longo dos anos, à desintegração da assistência à saúde. Na década de 1970, iniciaram-se os esforços para a integração das ações de cunho preventivo e curativo, que se encontravam em campos opostos: de um lado, as ações de caráter hospitalar e curativo e, de outro, as ações da saúde coletiva, de cunho mais preventivo. Essa divisão se deu nas estruturas administrativas, no financiamento e na rede de atenção. O país dispõe de uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída pelas regiões. Há, contudo, uma nova perspectiva nesse campo — a descentralização. O processo de municipalização da saúde brasileira prioriza a atenção básica, a aproximação com os movimentos sociais e a participação comunitária (CAMPOS, 2003).

E infelizmente a formação e o processo da assistência de vocês profissionais de saúde bucal, vocês são o reflexo desse sistema de saúde, fragmentado, verticalizado, dividido por profissão por segmento. (E. 18).

Pode-se dizer que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos da Odontologia, não foram alcançadas melhorias nos indicadores populacionais já citados neste trabalho. Botazzo (2006) considera que, coletivamente, ela fracassou. Muitas vezes o discurso da integralidade na saúde bucal está longe das práticas por falta de recursos humanos efetivos e de políticas

públicas consistentes, por causa da estrutura dos processos de trabalho e do modelo de atenção, historicamente, mutilador.

Bom, primeiro eu penso que a saúde bucal no SUS nos lugares por onde eu tenho acompanhado é só um discurso, não há uma estrutura efetiva, não há recursos humanos efetivos, não existem políticas públicas consistentes. É uma situação bastante difícil para gente, para a odontologia, falar de saúde bucal no SUS, né? É... a história da odontologia no SUS é uma história bastante triste, a história do modelo cirúrgico, modelo cirúrgico restaurador. Isso conseqüentemente considera pessoas como indivíduos, e é claramente mutilador, paliativo, individual, enfim: um fracasso. (E. 12).

A inversão de valores presente nos aparelhos ideológicos contribui para a prática mutiladora, incorporada socialmente, e estimula a preferência popular pela extração maciça de dentes, amplamente aceita como natural e inevitável (IYDA, 1998). No cotidiano do atendimento odontológico, são priorizados tratamentos reabilitadores e restauradores, tanto na esfera pública quanto na privada, o que demonstra forte relação com o tratamento das seqüelas das doenças bucais (SANTOS, 2005). Esta prática assistencialista e mutiladora ainda é vista pelos usuários como única na saúde e, pior que isso, culturalmente os dentes sadios ou doentes representam problemas atuais ou futuros.

Quase que divina... Sabe? O CD extrai o dente do cara, então mutila, e ele: obrigada, Doutor! E se não dói, não sangra, não infecciona, então está melhor ainda, então vou aproveitar e tirar logo os outros. (E. 12).

Esta falta de indicadores ou de parâmetros parece sabotar a implementação das políticas de saúde ou a sua avaliação, neste caso as relativas à saúde bucal. Um dos entrevistados exemplificou a falta desses indicadores no estabelecimento de Centros Especializados de Odontologia (CEO):

Dou um exemplo claro, a Universidade de [...] ganhou um CEO, um centro de especialidades, em um hospital que nem sequer está integrado ao SUS, que não tem nenhum centro de saúde oficial de referência. Então, parece que a prioridade nisso (tudo, num exemplo que tem a ver comigo também, né?), mas assim, há muitas faculdades, não quero especificar. Há muitas faculdades de Odontologia desse país que estabeleceram CEOs e que unicamente constituem as próprias clínicas de prótese, as clínicas de dentística ou clínicas de periodontia e endodontia, que não realizam nenhuma integralidade ou nenhuma abordagem nesse sentido. Daí, que a falha entre a parte teórica, a parte não letrada no que diz a política e em outra coisa muito séria [falando muito exaltado], que é a prática que está acontecendo na realidade. É inaudito dizer que nós não temos perspectivas de como avaliar os indicadores que não são precisos sobre o Brasil Sorridente. Se não há indicadores precisos, como é que vai avaliar uma política de saúde? Faltou constituir esses

indicadores que permitissem então conhecer o impacto de tais políticas e não o impacto global como assim o impacto de integralidade que você interessa nessa política. (E. 14).

Portillo (1998) considera que os indicadores de saúde bucal, além de orientar o diagnóstico e a avaliação, servem para introduzir mudanças na organização da prática e para a ampliação de novos conhecimentos e técnicas. Tais indicadores têm como objetivo conhecer, nas diversas conjunturas econômico-sociais, elementos e índices que sirvam para demonstrar a capacidade de governos progressistas, ou não, de modificar a situação de saúde bucal da sociedade.

6.2.2.2 Cuidado além da boca

O cuidado além da boca foi percebido como a verdadeira saúde bucal e sob vários aspectos.

Então, a integralidade na saúde bucal, eu poderia colocar em dois aspectos, assim como conceito de você considerar todas as possibilidades biológicas, patológicos, culturais, afetivos e de formação relacionadas ao aparelho estomatognático. Ou também o discurso da integralidade, que é o discurso de buscar a efetividade na odontologia por meio de tentativas de integrar as práticas do conhecimento e os processos de ensino odontológico. (E. 12).

Alguns dos aspectos mencionados acima se afinam com a noção de bucalidade (BOTAZZO, 2000), que consiste em um arranjo teórico-metodológico no qual os trabalhos bucais são identificados como sendo: manducação (consumo do mundo para sobreviver no mundo natural), linguagem (produção e consumo de palavras) e erotismo (relação amorosa e produção de atos bucais sexuais, eróticos).

Um dos entrevistados mostrou estranhamento em relação à integralidade na saúde bucal. Na sua ótica, não pode haver esta separação, pois a integralidade só existe a partir da aproximação e integração com outras dimensões:

Mas teria que ter uma abordagem que considerasse outras dimensões que tivesse articulada com outras abordagens de outras dimensões do corpo, mas eu acho meio

esquisito falar em integralidade em saúde bucal, separado, assim teria que estar se articulando. (E. 3).

Outro entrevistado teve uma reação semelhante ao ser perguntado sobre o tema e ponderou que é pertinente a preocupação de aproximar a saúde bucal no SUS com a integralidade.

É pelo menos uma preocupação de se integrar com outras dimensões que normalmente não são. (E. 4).

Como se pôde perceber no decorrer deste trabalho, a boca tem sido, historicamente, colocada à parte. A saúde bucal foi apontada por um dos entrevistados com o sentido de reconhecer que a boca está inserida no corpo e o corpo no mundo.

De colocar a boca dentro do corpo e o corpo no espaço da vida do ser humano que vive em uma relação com o mundo. (E. 13).

A saúde bucal foi reconhecida ainda como parte do processo de integralidade:

Eu penso que à medida que a gente avançar no SUS, na perspectiva de trabalhar as necessidades das pessoas, nesta perspectiva da integralidade de trabalhar de forma mais ampla, se necessariamente a saúde bucal se inclui como parte do processo, de integralidade. (E. 16).

A necessidade da aproximação nos processos de trabalho, ou do trabalho em equipe propriamente dito, foi destacada por um dos entrevistados:

E dificilmente a gente trabalha em conjunto na ESF, como o médico e enfermeiro, pelo menos na minha realidade. Isso é algo que a gente deve reverter, lutar para mudar, para conseguir trabalhar interdisciplinarmente e multiprofissionalmente. Que nem aí a gente está trabalhando, imagina interdisciplinar. (E.7).

Para que estas aproximações aconteçam nos processos de trabalho, mesmo em uma microdimensão, torna-se necessária a formulação e a integração de políticas públicas (nível macropolítico). Na fala seguinte, é retomada a noção de fractal na integralidade:

Embora a gente saiba da história que estamos vivendo o país dos desdentados esta saúde bucal precisa se integrar nas estratégias políticas mais ampliadas, tipo o programa saúde da família. Tentando isso, aquilo para se aproximar do povo, para dialogar com o povo e ainda desintegrada com as ações da integralidade na saúde. Então eu acho que aí tem uma lacuna, e tem um caminho a ser percorrido, mas acho que a idéia é esta. (E. 8).

Os avanços nas políticas para a saúde bucal, como o programa *Brasil Sorridente* e a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, também foram identificados:

Eu acho que é um pouco assim, a política pública atual que nós temos formulado pelo governo federal, não é? Que é o Brasil Sorridente, eu tenho falado sobre isso. É a primeira vez que eu vejo isso concretamente, que a gente tem uma política pública de saúde bucal principada dentro do Ministério da Saúde, não é? É um espaço de discussão de construção da garantia deste direito, a gente tem avançado em muitas coisas, tem aberto muitas frentes de possibilidades, até mobilização coletiva, mas em alguns momentos ela é muito restrita a gente percebe a força do modelo biomédico, a força ainda imposta por uma questão de política, não política, não construção política da sociedade, mas uma política de sociedade, mas uma política que às vezes é sectária e que articula estratégias de priorizar, por exemplo, em questões que não são o foco central, que não são os determinantes da condição de saúde bucal do brasileiro. Os avanços em termos de PSF, de modelos, de como estratégias de atenção que os princípios de promoção da saúde, dos princípios como garantia de autonomia, de empoderamento, como garantiam à vida, muitas vezes dentro do próprio PSF. (E. 13).

A inclusão da saúde bucal na ESF aponta para a possibilidade de se organizar universalmente a atenção. Entretanto, o princípio da universalidade no SUS remete ao questionamento se esta atenção será, concretamente, disponibilizada para todos. O princípio da equidade exerce forte influência na organização dos serviços de saúde bucal. Evidencia-se, portanto, o desafio de articular a frente preventivo-promocional e a assistência odontológica para a universalização da atenção integral em saúde bucal.

Contudo, para Zanetti (2000), os serviços públicos de saúde bucal podem colaborar com a rápida e radical alteração do perfil dos problemas bucais das populações domiciliadas nos municípios brasileiros. Isso se daria mediante a extensão da cobertura da ação básica para além do espaço tradicional da clínica nas unidades de saúde e/ou dos espaços ou coletivos restritos. Desse modo, seriam alcançados totalmente o território de assistência e o coletivo amplo das famílias, promovendo-se o aumento de resolubilidade, integralidade, controle social e racionalização das ações e medidas públicas em saúde bucal, rumo à universalização da cobertura com a inclusão dos adultos (ZANETTI, 2000).

Como se pode notar, a Odontologia tem privilegiado a atenção a escolares, tanto na assistência odontológica quanto nas ações preventivas. A ESF mostra-se como uma estratégia capaz de superar esta prática ao ampliar o acesso a adolescentes, adultos e idosos, abrangendo todos os ciclos de vida, como prevêem as diretrizes do programa *Brasil Sorridente* (BRASIL,

2004b). Faz-se necessária a ampliação de estudos acerca da educação em saúde e da prevenção para estas faixas etárias.

6.2.2.3 Bucalidade

A compreensão da boca como origem ficou evidenciada no reconhecimento da necessidade de mudança das práticas odontológicas, de modo que transcendam para o cuidado em saúde bucal e para a bucalidade, com base no princípio da integralidade e na promoção da saúde.

A bucalidade inclui a concepção de que a boca é porta de entrada na relação do mundo com o corpo. O *slogan* “sou o que como” pode ilustrar bem a fala seguinte:

Às vezes não é nem pela dentição, mas pode ser lembrado que o processo digestivo não começa por aí. (E. 1).

A questão alimentar está claramente colocada no *slogan* “Eu sou o que eu como”. Na França, tem sido difundida a idéia de que o consumidor passa a não mais reconhecer o que ingere, ele perde, progressivamente, a referência de quem é. Essa concepção tem feito com que os produtos sejam identificados por meio de diferentes selos que comprovam sua qualidade cada vez com mais detalhes (MARQUES; MARQUES, 2001). Outra idéia muito difundida no meio odontológico é que a “saúde começa pela boca”. Infelizmente, o *slogan* restringe-se apenas à valorização do trabalho odontológico, sem, como defende Botazzo (2000), valorizar os trabalhos da boca.

Respeitando os conceitos apresentados anteriormente neste trabalho, a saúde bucal não deve ser confundida com assistência. Desta forma, ela parece ser imprescindível ao alcance da integralidade, como se nota a seguir:

A gente avançou a perspectiva da saúde bucal na medida em que a gente avançou a perspectiva da integralidade na saúde. Então, um sistema de ações, de serviços e de práticas como deve ser o SUS, que responda às necessidades do nosso povo brasileiro, deve necessariamente incluir as necessidades da bucalidade, da saúde

bucal. E exatamente, dá esta dimensão aí da integralidade, não é possível você ter uma qualidade de vida, sem o exercício das funções, que este papel que a saúde bucal desempenha na existência deste indivíduo, nas suas funções físicas, sociais, de comunicação e de relação de existência mesmo. (E. 15).

A prática odontológica e a saúde bucal coletiva não são a mesma coisa, por essa razão é relevante assinalar a ruptura epistemológica entre elas. Esta última implica desenvolver um rompimento com a prática odontológica hegemônica (NARVAI, 2002). Tal ruptura exige que a assistência odontológica seja desenvolvida com base nas necessidades de todas as pessoas e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa com o *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites. Nesse sentido, Botazzo (2006) critica Narvai (2002) por vincular o conceito de saúde bucal coletiva quase que diretamente aos serviços de saúde. Embora este conceito não esteja vinculado apenas aos serviços de saúde é inegável que quem o adota tenha a pretensão de transformar os serviços de saúde e os cuidados.

Botazzo (2006) questiona a tese da separação entre boca e corpo e considera que a bucalidade pretende integrá-los. Segundo o autor, a noção de "trabalhos bucais" (manducação, linguagem e erotismo) supera a tradicional teoria das "funções dos dentes". A bucalidade foi assim compreendida:

Do mesmo jeito são as práticas, que da mesma forma sei que estou cuidando da saúde bucal de alguém na integralidade a gente está pensando nesse sujeito inteiro e no momento assim, desta leitura a partir da boca, né? Que a boca é onde sorri, onde se alimenta, onde o outro se dá o exercício da sua masculinidade ou sua feminilidade, né? O lugar da sedução, da fala, da comunicação, então, ou seja, a boca de alguém tem o espírito, tem dimensões, tem dimensões que é subjetiva e objetiva, né? (E. 2).

A boca humana participa da reprodução social e o faz seguindo prescrições, ritmos, modos, tempos. Botazzo (2006) assinala que, conforme a boca humana trabalha, ela poderá desgastar as possibilidades ou as condições de existência do sujeito que está vivo, trabalha, fala e desenvolve suas relações. Na bucalidade reside a possibilidade de um direcionamento novo, capaz de imprimir outra qualidade na vida a partir da interposição de novos significados

às funções e trabalhos da boca humana (WERNECK, 2006). Um entrevistado destacou que os problemas com a oralidade podem ser superados quando se utiliza a concepção da bucalidade.

E assim, a gente tem visto alguns casos que às vezes a família tem problema, que é o problema com a oralidade, que é o problema da saúde mental, não consegue aproximar a família e as vezes com o dentista com a orientação da equipe de saúde mental, tem conseguido fazer uma abordagem com esta família, que a equipe de saúde mental não tem. Então, são problemas que estão ligados à boca, mas não no sentido odontológico, digamos assim no sentido psicológico, emocional e na compreensão do mesmo, né? De totalidade, é o primeiro contato que a gente tem com o mundo externo, com o prazer é através da boca. O indivíduo através da bucalidade, se expressar ou ser, e ao mesmo tempo viver com qualidade. Ele colocava, ele trabalhou esse conceito de colocar a boca no corpo e o corpo dentro do mundo. Acho que a integralidade na saúde bucal é isso, é entender o espaço da relação, o que existe da relação do homem com o mundo. (E. 13).

A subcategoria bucalidade tem suas bases teóricas no que foi proposto por Botazzo (2000), que transcende a concepção da boca como órgão fragmentado, re-totalizando-a no corpo, no homem e em suas subjetividades e relações no mundo.

6.2.3 *Percepção sobre a saúde bucal nos movimentos sociais*

A percepção da saúde bucal nos movimentos sociais foi categorizada em três núcleos de sentido: afastamento - movimento dos sem-dente?; necessidade de aproximação: a boca ganha voz e a Odontologia, ouvidos? e organizações relacionadas com a categoria odontológica.

6.2.3.1 Afastamento — movimento dos sem-dente?

Segundo Portillo (1998) mal-estar, enfermidade, incerteza e desarticulação dos movimentos sociais legitimam o monopólio do saber e dos serviços tradicionais de assistência à saúde. O estudo continuado sobre os processos de saúde-doença, particularmente bucais,

deve considerar: os movimentos sociais; os aspectos biofísicos, culturais, políticos e econômicos que permitam uma visão de totalidade social e, sobretudo, a desmonopolização do conhecimento científico e tecnológico, de modo que a ele tenha acesso a população (PORTILLO, 1998).

Desta forma, para o entendimento e a busca da totalidade social, deve-se entender como os movimentos sociais dialogam com a saúde bucal e vice-versa. Na fala seguinte, o entrevistado diagnosticou que ainda prevalece entre os movimentos sociais uma postura clientelista com relação à saúde bucal, ou seja, suas lutas se encerram na assistência odontológica. Esta demanda existe em razão das iniquidades do acesso à saúde bucal.

Olhe, na nossa ótica os movimentos sociais ainda estão na cadeira do dentista, assim grande parte deles lutam para botar a minha cadeira. Então, assim, sábado que vem a gente está lutando para botar uma cadeira de dentista, porque vai ser o aniversário da comunidade, e vão reivindicar mais uma vez a cadeira do dentista. Então, assim, mais uma vez a cadeira do dentista, então assim, mais uma vez a questão que a gente estava colocando da assistência, com a promoção, como é que você faz para separar as coisas? (E. 10).

Jacobi (2002) sustenta que um dos grandes desafios é romper com as práticas do clientelismo e da troca de favores. Os movimentos sociais podem contribuir para a visão de participação democrática. O enfrentamento do paternalismo político é uma tarefa complexa e demorada em virtude de seu enraizamento, portanto são tarefas desafiadoras: construir novos hábitos, neutralizar o clientelismo e aproximar o cidadão do processo decisório (JACOBI, 2002).

A postura clientelista dos movimentos foi apontada nas seguintes falas:

Aí eu acho que deve se ter um aperfeiçoamento dos movimentos sociais neste sentido, para uma relação menos clientelista, uma postura mais voltada para as coisas mais gerais. (E. 2).

Porque é assim, é também uma construção histórica e cultural que a gente tem também, tem que ter esta percepção, porque as pessoas de movimentos sociais também entram e reivindicam coisas muitas vezes pessoais, individuais. (E.15).

Não há registro de movimentos de cariados, de portadores de doenças periodontais e câncer de boca ou de pessoas desdentadas. No nível dos usuários somente foram identificadas

organizações de pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas labiopalatais. Portanto, a pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso a tratamento (MANFREDINI, 2004). Mesmo com as necessidades crescentes de saúde bucal entre a população, esta nunca foi bandeira de luta dos movimentos sociais organizados por usuários. Um entrevistado, que é participante de um movimento reconheceu:

Para ser bem sincero nunca lutei pela saúde bucal especificamente não. (E. 9).

No Reino Unido, Itália, Japão e Suíça, difundiu-se a idéia de “associações de açúcares amigos dos dentes”, que promoviam campanhas e ações regulares de educação em saúde bucal, no sentido de que as empresas produtoras de doces, refrigerantes, guloseimas e alimentos utilizassem insumos não cariogênicos. Criou-se até uma logomarca para identificar estes alimentos (RUGG-GUNN, 1997 apud PINTO, 2000).

A falta de amadurecimento dos movimentos sociais no processo de re-totalização, envolvendo a saúde bucal em suas lutas, foi destacada na seguinte fala:

Eu acredito que no controle social, e, mas eu vejo que nesse contexto agora eu acho muito complicado a população querer se envolver com integralidade em Odontologia. Não vejo esse amadurecimento dos movimentos sociais para ocupar este espaço. Além de ver uma tremenda resistência por parte do serviço da academia para disputar ou colocar, de dialogar com o usuário. A experiência que eu tenho é que quando existe uma participação do controle social, ela é corrompida, em geral ela não é autêntica. É muito difícil que um movimento social autêntico e legítimo consiga atuar em todos os espaços da saúde. Os espaços que eu digo são os espaços para a unidade. Acho que nos espaços da unidade dá para fazer alguma coisa. (E. 12).

Outro entrevistado considera que as lutas dos movimentos sociais são gerais, mas isso não impede que também sejam específicas. Esta observação remonta ao conceito de fractal na integralidade:

Tem movimentos sociais que normalmente eles podem até em cima de um ator específico, até lutar por saúde bucal. Mas normalmente eles são voltados para coisas mais gerais. (E.4).

Na revisão de literatura não foram encontrados movimentos sociais ou organizações com lutas específicas por saúde bucal. Porém, não se pode afirmar que eles não existam, pode

ser que essas experiências não tenham sido sistematizadas ou divulgadas em periódicos. Vale lembrar a importância da publicação de assuntos relacionados à saúde bucal e aos movimentos sociais e/ou organizações.

6.2.3.2 A necessidade de aproximação: a boca ganha voz e a Odontologia, ouvidos?

Os movimentos sociais, como espaços sociais de articulação, podem fortalecer a sociedade discutindo os problemas e suas soluções. Esta prática possibilita uma elevação da qualidade de vida da população, de forma democrática, buscando atingir os princípios de integralidade, intersetorialidade, equidade e participação popular (CORDÓN, 1997). O autor considera que a promoção da saúde na abordagem do fator de risco comum na totalidade social tem duas divisões: no nível macropolítico do espaço-território, o envolvimento intelectual no diagnóstico e planejamento das estratégias para resolver os principais problemas de saúde (agricultura, educação, saúde, cultura e lazer, trabalho e emprego, transporte, relações internacionais, habilitação e econômico); no nível micropolítico, o planejamento intersetorial e interdisciplinar, com uma equipe que inclui professores, trabalhadores da saúde na atenção primária, representantes das redes de movimentos sociais.

Para Cordón (1997), os movimentos sociais e/ou organizações da sociedade devem ter participação intrínseca na composição da equipe de saúde que coordenará: os esforços para uma abordagem integral dos fatores comuns de risco dos problemas de saúde, o processo participativo de planejamento das estratégias e ações de promoção da saúde, o estabelecimento da agenda de saúde para o espaço-território e, particularmente, a agenda de saúde bucal (CORDÓN, 1997). O autor propõe, como agenda da saúde bucal coletiva, o

trabalho social de reunir a população e o trabalho com famílias, grupos sociais e movimentos sociais para reforçar alianças por um estilo de vida coletiva mais saudável.

Como atenuador da assistência odontológica tradicional, surge um sistema de atendimento participativo cuja característica básica é o acesso programado e definido com a participação dos usuários de um determinado serviço (NARVAI, 2006).

Neste sentido, a experiência dos movimentos sociais pode contribuir para a construção da saúde bucal.

Mas eu acho que o diálogo com os movimentos sociais pode ajudar diante de situações particulares, pode ajudar a alargar a abordagem deste caso, quer dizer existem sempre perspectivas, entendimento do problema diferente do profissional, isso é legal de estar se articulando, não é? E não o movimento como um todo, mas pessoas de movimentos que têm experiência. Muitas vezes a saúde bucal se manifesta em situações muito particulares, não é uma questão de movimento em si, como um todo, mas pessoas do movimento podem ser chamadas para ajudar a ampliar pela experiência que eles têm. (E. 4).

Portanto, é dever da equipe de saúde bucal proporcionar condições objetivas e subjetivas para que a família, as organizações de bairro e outros tenham possibilidade de expressão na construção da saúde. A organização da prática odontológica, segundo o princípio da universalidade, deve considerar todo o espaço social, o trabalho em equipe e a extensão do trabalho para as organizações e espaços da sociedade civil (PORTILLO, 1998). Os movimentos sociais têm muito a contribuir com a saúde bucal, afirma um entrevistado:

A saúde bucal poderia estar dialogando com este lugar para ver o que tem de integralidade nas práticas do cotidiano das pessoas, no dia-a-dia dos usuários na questão da assistência a saúde bucal, na promoção de saúde de saúde bucal, e estar incorporando isso no cuidado de saúde bucal, no pensar da política de saúde bucal, no pensar na formação de saúde bucal, no trabalho de saúde bucal. Acho que os movimentos sociais têm muito de integralidade que poderia ser incorporado à saúde bucal e estar percebendo o que é que tem de integralidade, e o que é que não tem de integralidade na saúde bucal. Os movimentos sociais, digamos que eles vivenciam as coisas de forma, mais inteira, mais intensa. Então, neste sentido a universidade tem estas contradições, é a categoria marxista, né? Os movimentos sociais, também, têm estas contradições é uma categoria marxista, e ao encarar a integralidade, que é uma categoria marxista, e ao encarar a integralidade como uma categoria marxista da contradição, que é de novo entender as diferenças, percepções, concepções, visões e práticas. E que tem em cada movimento da integralidade. (E. 3).

A dificuldade de atender aos princípios doutrinários do SUS, encontrada pela saúde bucal coletiva, pode ser decorrente da falta de compreensão da exclusão:

Mas diria que talvez seja um dos maiores desafios do SUS, trabalhar esta perspectiva da integralidade, articulando com a equidade e a universalidade. Ou seja, como é que a gente responde à necessidade deste conjunto da maioria do nosso povo, que vive excluído do processo social, incluindo o de saúde? Então presta muito bem esta dimensão da exclusão e aí os movimentos sociais são fundamentais para você não perder isso de vista. (E. 16).

No setor da saúde tem sido notória a participação do movimento de educação popular, no qual profissionais inspirados nas idéias de Paulo Freire buscam romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Embora atravessasse certa crise conceitual nos novos tempos, ainda é a educação popular que vem servindo para instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes (VASCONCELOS, 1998). Este diálogo entre o saber científico e o popular foi apontado na fala seguinte como instrumento de aproximação da saúde bucal com os movimentos sociais.

Quando você fala em saúde bucal, por exemplo, para os professores e as comunidades e para a associação de moradores, a primeira coisa que você pensa é a questão da higiene e da escovação de dente. Então parece que tem este desconhecimento da saúde bucal de todo este processo por parte dos movimentos mesmo. Mas eu acredito que os movimentos são extremamente reflexivos, então em determinada temática e aquela temática vira um fato de discussão, os movimentos sociais começam a colaborar e a contribuir, inclusive buscar situações para o atendimento mais rápido. Então, acho que Paulo Freire traz esta questão da educação popular e dos movimentos sociais, esta possibilidade da troca de saberes, é o saber do usuário com seu sentimento, sua história de vida, com o saber do profissional da saúde bucal, com seu arcabouço, com reflexões da necessidade de saúde bucal da população. (E. 8).

Um dos entrevistados referiu-se à necessidade de aproximação com os movimentos sociais, uma das motivações para isso seria repensar a mobilização.

O fortalecimento maior desta discussão da prática cotidiana com estes movimentos sociais que eu tenho tentado resgatar, numa fala muito forte, eu tem procurado aprender muito por causa disso, porque é uma necessidade concreta que a gente tem repensar nesta vertente, de como poder mobilizar? Eu estou mobilizando pessoas que podem ter extratos sociais diferenciados, mas que fazem parte deste contexto da vida, que é o espaço coletivo dentro das cidades. (E. 13).

Os movimentos sociais e as organizações podem ser valiosos parceiros na construção da saúde bucal coletiva e de sua agenda. Para isso, devem-se ampliar os mecanismos de diálogo entre os serviços de saúde, os profissionais e a população, além dos meios tradicionais, porém negligenciados, que são os conselhos e conferências de saúde.

6.2.3.3 Organizações relacionadas com a categoria odontológica

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira e, conseqüentemente, a construção do SUS tiveram o acompanhamento de movimentos pela saúde bucal, como foi relatado por Cordón (1997). Um dos entrevistados ressaltou o fato:

Grandes figuras dentro da área de saúde bucal tiveram um papel nesta formação, nesta concepção. Só você imaginar, por exemplo, Mário Chaves, que escrevia textos, era dentista. Vítor Gomes Pinto, também era dentista. Se for imaginar também, por exemplo, se não me engano, Sólton Viana, também era dentista, é dentista. Então são figuras que pensaram a Reforma Sanitária, que também pensaram a saúde bucal. E ocorre que a força muito grande, digamos assim, do movimento sanitário na implantação do Sistema único de Saúde, como precisava repensar o INAMPS, ficou muito sobre a assistência médica. Então, aquilo que Eduardo Jorge brincou, esquecendo um pouco que a boca faz parte do corpo, que a saúde bucal faz parte da saúde das pessoas e das coletividades. Ah, e o movimento de saúde bucal, por sua vez, tinha também que se enfrentar dentro da corporação dos dentistas, com uma visão também privatista, assistencialista, curativista, etc. Isso retardou de alguma maneira a emergência da questão da saúde bucal, com o espaço que ela merecia. (E. 20).

No passado, lutas corporativistas da categoria odontológica distanciaram ou atrasaram a implementação da saúde bucal no SUS. Porém, nota-se, agora, um movimento oposto, de modo que, embora este não seja o objetivo, há um resgate desta dívida histórica. Segundo outro entrevistado, esse atraso pode ter sido causado pelas lutas corporativistas e pela ampliação do mercado de trabalho.

E não o que tem acontecido, historicamente, por uma unificação corporativa no sentido real da palavra, de reivindicações trabalhistas de classe, dos trabalhos de Odontologia, obviamente isso não é fruto da saúde da família, mas com a entrada dos odontólogos na saúde da família, ele tem um pouco ampliado esta possibilidade. Não só na abertura de mercado de trabalho, mas dentro de um trabalho real, de estar ali dentro com os agentes comunitários de saúde, de estarem com o enfermeiro e médicos, auxiliares de enfermagem, os assistentes sociais. E isso possibilita o odontólogo para que saia desta discussão corporativa, setorial e comece a ver (entre aspas) seus pacientes, dos seus usuários melhor falando, dos indivíduos, das suas famílias, das comunidades, com o olhar diferenciado. Alguns organizando como partidos, outros na sua própria corporação, mas diferenciado, a função não na corporação, no sentido de briga permanente de salário, em base muitas vezes seja legítima, briga por carga horária, mas a briga por um projeto de sociedade do país. Eu quero dizer que sou uma das defensoras da odontologia na saúde da família. Eu entendo que há, eu tenho assistido uma movimentação dos odontólogos no Brasil, pela construção desta política. (E. 18).

De acordo com Pinto (1989), no Brasil, o aumento do acesso ao serviço público odontológico teve duas causas principais: a pressão por empregos feita pelas corporações

profissionais e a inevitabilidade da oferta de um mínimo de serviços para atender à demanda real das camadas populacionais de baixa renda.

A Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCCO), que resultou de ações do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica e da antiga Associação Brasileira de Odontologia Social, foi citada como uma entidade que luta pela saúde bucal coletiva e busca a ampliação dos espaços de discussão.

Entidades, e espaços de articulação de trocas de experiências e organização de intervenção política dos militantes da área. O espaço mais amplo de deliberação da proposta destas entidades, dos programas, das atividades, estas são os ENATESPOS (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos) e os congressos de saúde bucal coletiva. Tem uma entidade nacional que se chama ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), que junto com a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), são dois grandes campos de organização, que são gerais. Outra articulação é integrar ao grupo da ABRASCO de saúde bucal. (E. 11).

Outra organização da categoria odontológica teve como finalidade discutir as bases para a educação e um novo perfil para o profissional de saúde, para que estes respondessem às demandas da realidade e das mudanças paradigmáticas.

Mas como você fica acompanhando o discurso da saúde mais dentro da academia, então no mesmo momento que os movimentos sociais estavam construindo uma reforma sanitária, tem outro movimento tentando construir uma LDB e eu como membro do corpo docente e participante do movimento dos professores trabalhava no grupo de trabalho GT - Saúde. Então a gente tentava acompanhar que era o movimento da reforma sanitária e ficava olhando para o outro grupo que era o grupo de trabalho da LDB. (E. 12).

Foram ressaltadas as organizações da categoria odontológica e a participação de cirurgiões-dentistas em movimentos sociais importantes, como a Reforma Sanitária e a formulação da LDB.

6.2.4 Possibilidades de ação

*Estou cansado de ser alternativo. Eu queria ser
hegemônico.*
(Vasconcelos, 2001).

Identificar as possibilidades de ação da saúde bucal que atendam à integralidade na percepção dos participantes dos movimentos sociais e do SUS é a última categoria de análise deste trabalho. Segundo Lieber e Romano-Lieber (2003), a possibilidade é condição própria do risco, justificada pela incerteza como necessária. E a ação humana pode ser constrangida pela incerteza relativa às coisas do mundo ou da consciência, embora o agir seja uma condição necessária na relação do homem com a natureza ou do homem com os homens.

Alguns sinalizadores de caminhos, apontados pelos entrevistados, foram classificados em duas subcategorias: *reintegradores (re-totalizadores)* e *modelos de atenção como reintegradores da saúde bucal*.

6.2.4.1 Reintegradores (re-totalizadores)

Esta subcategoria foi dividida em: *reconstrução e re-totalização da realidade*, *necessidades percebidas na realidade*, *metodologias problematizadoras* e *políticas públicas reintegradoras*.

6.2.4.1.1 Reconstrução e re-totalização da realidade

Ao se examinar as crenças do passado, pode-se observar que a maioria contém erros e ilusões sobre o mundo e a realidade. Considerando isso, Morin (2007) afirma que o conhecimento nunca é um reflexo ou espelho da realidade, é tradução seguida de uma reconstrução. O fenômeno da percepção é uma reconstrução, de modo que olhos recebem estímulos luminosos que são transformados, decodificados, transportados pelo nervo ótico através de códigos; eles atravessam várias partes do cérebro até transformar aquela

informação inicial em percepção e, finalmente, em idéia. As traduções e as reconstruções incorrem em risco de erro e muitas vezes o maior deles é pensar que a idéia é a realidade. Para Morin (2007, p. 3), “[...] tomar a idéia como algo real é confundir o mapa com o terreno”. Outras causas de erro são as diferenças culturais, sociais e de origem. Cada pessoa pensa que suas idéias são as mais evidentes e esse pensamento leva a idéias normativas. Desta forma, o problema do conhecimento não deve ser restrito aos filósofos, é de todos e cada um deve levá-lo em conta desde muito cedo e explorar as possibilidades de erro para ter condições de compreender a realidade.

A saúde bucal é considerada uma parte de toda a realidade complexa e multidimensional. Esta fragmentação é condição para o entendimento da realidade desde que ela seja re-totalizada, como disse Paulo Freire (CALLONI, 2002). Aqui será utilizado o termo *reintegrar*, de modo que reintegração seja a real proposição da integralidade. Desta forma, algumas possibilidades de ação foram consideradas reintegradoras a partir do re-olhar. A complexidade da realidade foi destacada na seguinte fala:

A realidade na minha maneira de entender é uma e não duas; que é múltipla em seus aspectos e é contraditória em seus múltiplos aspectos. Se for uma, múltipla e contraditória, a realidade, ela deve ser tratada como tal. Deve ser tratada nessa integralidade de aceitar que uma realidade que não são duas pode haver mais de uma interpretação sobre ela, dependendo do nível ideológico do professor a nível acadêmico ou do pesquisador. Então, as estratégias são reconhecer a existência de uma equipe de saúde bucal integrada a uma equipe de saúde geral. Reconhecendo os problemas de saúde bucal na realidade e tentando resolvê-los na mesma forma. Integralmente, não a partir dos pedaços da realidade ou pedaços de problemas de saúde/doença ou somente doença. Têm que ser abordados os problemas, entendendo como constituintes de um processo saúde/doença, isto é, que para um ser humano ficar doente pressupõe que ele nasceu saudável e em liberdade. Se ele nasceu saudável e em liberdade, há elementos sociais, econômicos, culturais, biológicos e ambientais que afetaram essa situação, perdendo seu processo de saúde e perdendo a saúde e cada vez mais adquirindo o processo de doença. Então, é um processo integrado, dinâmico, dialético e contraditório que se estabelece entre saúde e doença e um determinado contexto social com características biológicas específicas enquanto ser, gestante, recém-nascido, criança, adolescente, adulto ou idoso. (E. 14).

Uma possibilidade de ação destacada é reconhecer a complexidade da realidade por meio de mudanças no modo de ver o mundo. Para Moysés (2003), as mudanças devem

começar na formação profissional e na visão de mundo produzida dentro das academias, o que seria uma mudança paradigmática. Isso pode ser constatado nas seguintes falas:

Nível ideológico pode interpretar a realidade de diferentes formas. A direita a interpreta de uma forma neoliberal e neoconservadora. A esquerda ou os movimentos progressistas a interpretam como uma realidade dinâmica, contraditória, que existem opostos e na qual se dão os problemas de uma forma dinamicamente, não unilateralmente. Então, estas seriam as principais estratégias na academia e na pesquisa que são trabalhos multidisciplinares ou interdisciplinares e integrais. E na didática, estabelecer didática sobre solução de problemas objetivos complexos, não artificializados e não fora da realidade e nem feitos em computador unicamente, tem que ser problemas ou base feito de problemas da realidade. (E.14).

Em primeiro lugar, conhecer a realidade. Não se pode falar em integralidade sem ter o conhecimento integral dessa mesma realidade. De nada serve eu estabelecer para uma disciplina uma intervenção ao redor da integralidade se eu não conheço essa disciplina, como se insere na realidade. (E. 14).

Dentro do conhecimento biomédico, a Odontologia, mesmo a mais avançada e sofisticada, terá um baixo poder se privilegiar somente os dentes e a boca biológica. Pois, com isso, acaba por se esquecer dos aspectos humanos, como o sentimento, a paixão, o desejo, o temor, o medo. São crescentes as discussões acerca da saúde bucal e do papel da Odontologia. Novas concepções como a bucalidade e a implantação de políticas específicas, como o programa *Brasil Sorridente*, demonstram que a saúde bucal tem a ver com o todo do ser humano, portanto liga-se à sociedade, à psicologia, à sociologia, enfim, à vida. As iniquidades em saúde, em especial nas condições bucais dos brasileiros, estão fortemente relacionadas com a realidade socioeconômica revelada no baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (ANTUNES et al., 2006). É urgente uma nova forma de visão da realidade e a busca de nova compreensão de conceitos como classe social e sujeito histórico.

Os usuários do sistema, na nossa cabeça, estão desintegrados, a partir das suas individualidades, não é? A partir da desconpreensão deles como sujeitos históricos, nós não trabalhamos quanto categoria de classe social, que daria esse sentido de grupos, que emergem da sociedade em função da sua base estrutural, nós não trabalhamos com a categoria classe social, não é? E por tanto, nós não estamos integrando os indivíduos. Eu falo em classe social que desintegra, mas na perspectiva de integrar, não é? (E. 11).

Culturalmente, os profissionais de saúde não trabalham com a concepção de classe social, que tem origem na visão histórico-dialética (MOYSÉS, 2000). Problemas com a operacionalização do conceito de classe social podem gerar obstáculos metodológicos no

campo empírico da compreensão das determinações sociais relativas ao processo saúde-doença e ao acesso aos serviços de saúde (SOLLA, 1996).

Para Moysés (2000), o problema com conceito de classe social é de ordem ideológica e operacional. Em sua revisão de literatura, verificou que, nos Estados Unidos da América, classe social é uma expressão estigmatizada. No Reino Unido, este conceito guarda uma raiz sociológica muito mais ligada à situação dos indivíduos e famílias em relação aos meios de produção, sendo reflexo de variáveis como renda, ocupação e escolaridade. Já no Brasil, foi constatado que a tendência dos pesquisadores é operacionalizar este conceito por meio de critérios de origem econômica e mercadológica. Uma alternativa para a dificuldade de operacionalização deste conceito é a dicotomia entre pobres e ricos, separados com base no critério de renda. Porém, essa divisão sofre muitas críticas, pois tal noção ignora as várias dimensões da vida humana que compõem a real condição social nos níveis econômico, político, cultural, racial, religioso e de gênero, entre outros. O autor, utilizando o conceito de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), incorpora fatores importantes para a determinação da qualidade de vida: saúde, educação, meio ambiente, dentre outros.

Por isso, é necessário reconstruir a realidade com base na re-totalização e na contextualização. O ensino por disciplina ou segmento, fragmentado e dividido, impede a capacidade natural que o espírito tem de contextualizar e de ver sob novas perspectivas. E é essa capacidade que deve ser estimulada e desenvolvida pelo ensino, a de ligar as partes ao todo e o todo às partes (MORIN, 2007).

6.2.4.1.2 Necessidades percebidas na realidade

Poema da Necessidade

*É preciso casar João,
é preciso suportar Antônio,*

*é preciso odiar Melquíades,
é preciso substituir nós todos.*

*É preciso salvar o país,
é preciso crer em Deus,
é preciso pagar as dívidas,
é preciso comprar um rádio,
é preciso esquecer fulana(o).*

*É preciso estudar volapuque,
é preciso estar sempre bêbado,
é preciso ler Baudelaire,
é preciso colher as flores
de que rezam velhos autores.*

*É preciso viver com os homens,
é preciso não assassiná-los,
é preciso ter mãos pálidas
e anunciar o FIM DO MUNDO.
(Carlos Drummond de Andrade)*

Como foi apontado no início deste trabalho, para se conhecer a realidade é necessário o diálogo das várias cegueiras. Na saúde, muitas vezes o conteúdo deste diálogo está focalizado nas necessidades. Para Cecílio (2006), as necessidades ocupam o centro das intervenções e práticas na saúde.

Stotz (2001 apud CECÍLIO, 2006) reconhece a necessidade de duas formas: a primeira é aquela para a qual a saúde é uma necessidade social e historicamente determinada e construída, de modo que só pode ser captada no nível individual; a outra é a conceitual, de modo que este termo precisa ser reconceituado para poder exprimir a dialética do indivíduo e do social.

Proximidade de trabalhar as pessoas, as famílias e as comunidades, diante das suas necessidades e as práticas respondendo a isso. (E.1).

Eu penso que as estratégias passam muito por articular uma ação junto às pessoas e junto às famílias, junto às comunidades, onde parte dessas necessidades comuns sejam enfrentadas por um grupo de profissionais, incluindo aí a equipe de saúde bucal. (E. 16).

Cecílio (2006) adota a conceituação de necessidades em quatro conjuntos: um deles seria boas condições de vida (que reconceituado na concepção marxista, enfatiza os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo como explicação para os

modos de adoecer e morrer, inserido no acesso aos bens de consumo). Este modo de ver a necessidade de conhecimento da realidade, bem como do acesso aos bens de consumo, se insere na seguinte fala:

Muitas vezes a gente oferece a ele para usar um fio dental, mas ele não tem acesso nenhum ao fio dental, não tem nada, e a gente fica exigindo que ele use e isso tu acha que é prevenção, mas na realidade tu estás impondo teu conhecimento, sem conhecer a realidade daquele usuário. (E. 7).

Outra forma de ver as necessidades é o acesso ao poder de consumo de toda a tecnologia de saúde (leve, leve-dura e dura) para melhorar e prolongar a vida. Por exemplo, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial pode ser crucial em um determinado momento da vida, mas tão crucial também pode ser um exame mais complexo em outro. Na Odontologia, as ações de média complexidade no SUS, estruturadas nos CEO's, realizam atendimentos odontológicos que não são oferecidos na atenção básica, como endodontia e próteses. Na formação, as universidades não seguem o pressuposto da realidade e das necessidades epidemiológicas, os quais também não são seguidos na organização dos serviços, destaca a seguinte fala:

A universidade forma alunos que não sabem fazer canal de molar, e aí você pega o dado epidemiológico, o dente que mais precisa de endodontia é o molar, e aí você pega o dado epidemiológico, e o dentista não sabe fazer isso, e o dentista que sai da universidade e vai para o serviço público. O serviço público está todo estruturado, que tem todas as especialidades estruturadas de acordo com as necessidades, com pessoas especializadas. Mas tem gente que precisa ficar mais três anos na fila para ter acesso à endodontia. (E.13).

Sob influência da medicina comunitária, em meados dos anos 60 e 70, surgiu a odontologia simplificada, com a idéia de organizar a atenção odontológica nos cuidados primários da saúde. Criticava a prática vigente, realizada com base na dependência tecnológica, com caráter curativo, baixo impacto e produtividade, além de altos custos. A nova prática buscava junto com a comunidade e os serviços a construção de modelos alternativos em saúde bucal. Baseando-se no conceito de tecnologia apropriada, segundo o ponto de vista qualitativo, tinha como meta uma produção tecnológica intermediária, de baixo custo, adequada às necessidades locais e com matérias primas locais, em contraposição à

dependência de tecnologias dos países mais desenvolvidos (PINTO, 2000). Nessa ótica, as instituições formadoras, juntamente com a comunidade, têm o importante papel de desenvolver tecnologias locais e criar modelos alternativos de saúde bucal.

Para atender à realidade, os estudos epidemiológicos não podem ter enfoque disciplinares únicos, ressaltou um entrevistado:

Então, uma estratégia é que não se façam estudos epidemiológicos sobre problemas individuais ou problemas unidisciplinares, mas que se busque a multidisciplinaridade como primeiro passo para a transdisciplinaridade e, por último, a integralidade. Então, no nível acadêmico isso é importante. O segundo aspecto a nível acadêmico é que as faculdades de Odontologia e os grupos de pesquisadores utilizem na sua didática problemas concretos da sua realidade. (E. 14).

O mesmo entrevistado, reconhece que a integralidade pode-se dar através do diagnóstico epidemiológico, porém este diagnóstico deve estar fundamentado nas outras disciplinas, considerando o contexto e as características históricas.

Em nível das práticas sociais, a integralidade pode se dar numa estratégia fundamental, pode ser estabelecida também no diagnóstico epidemiológico. Ah, os centros, os postos de saúde, os hospitais, dentro de seus diferentes níveis hierárquicos de atuação devem conhecer a atual realidade que está vivendo as principais características do processo de saúde e doença que encontram nesta realidade para esta ser abordada como uma prática social e não como uma prática técnica. Claro que existem conhecimentos científicos e técnicos essenciais para determinados problemas de saúde e doença. Isso não se dá isolado dos problemas sociais que vivem as pessoas que se queixam desses problemas. E no espaço da saúde bucal: cárie dentária, doença periodontal, problemas dos tecidos moles e duros, lábio leporino, câncer bucal, entre outros. Esses problemas não vivem vestidos de uma única disciplina, vivem revestidos ou envolvidos num contexto social e como tal cada pessoa é que vai ser objeto/sujeito de intervenção de práticas odontológicas, de práticas de saúde bucal a nível promocional, de prevenção ou curativo. Têm que ser abordados considerando esse contexto, considerando as características históricas que determinaram que essas pessoas sofram destes problemas e quais as saídas que estes podem aceitar como válidas ou verdadeiras para a solução desses problemas através dessa intervenção das equipes de saúde bucal. (E. 14).

A necessidade do uso de próteses odontológicas, na epidemiologia clássica, é definida pela ausência de dentes. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doença, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais (SILVA; CASTELANOS, 2001). A epidemiologia e a necessidade de tecnologias (no caso a prótese dental) foram refletidas na seguinte fala:

A perspectiva na área da epidemiologia que a gente tem hoje, e na faixa etária que o ministério está propondo que é de 65 anos, em Curitiba levaria 30 anos para dar resposta, para fazer prótese total para esta população que tem necessidade em Curitiba. Ou seja, não dá! Como é que a gente constrói a reflexão para que as pessoas assumam a responsabilidade de refletir, de pesquisar, critérios de priorização, como é que a gente naturaliza quem escolhe quem merece mais? (E. 13).

Para atender às necessidades, são necessários critérios de priorização, como foi citado anteriormente, mas, para isso, a concepção da realidade e dos modos como é percebida pelos sujeitos que a integram é fundamental para a adoção desses critérios. Uma das possibilidades apontadas pelos entrevistados foi a criação de critério para família de risco:

A gente tem que reforçar a criação teórica, eu também acho hoje, que se a gente não tiver uma proposta teórica da família de risco para a saúde bucal, a gente vai ter a manutenção do mesmo modelo que é o da cárie, direcionando todo o trabalho. (E. 10).

Paim (2007) considera que o conceito de risco, freqüentemente utilizado, pode apresentar custos técnicos, sociais e políticos superiores a seus benefícios. Em alternativa a isso, a noção de vulnerabilidade tem sido proposta, na perspectiva das ações preventivas, para orientar certas intervenções em situações em que não se configura, rigorosamente, um risco epidemiológico, evitando-se, também, certos estigmas vinculados aos chamados "grupos de risco" (AYRES, 1996 apud PAIM, 2007).

A formulação de critérios de priorização constitui um grande desafio tendo em vista o princípio da integralidade. Portanto, este é um campo que merece estudos interdisciplinares aprofundados, como foi citado a seguir:

E não simplesmente nós definindo através de nossas práticas particularmente clínicas, definindo as necessidades das pessoas. Deveria ser o contrário. Eu acho que é assim: é tanto um tema bastante instigante, acho que é um dos grandes desafios do SUS que se traduz em prática e traduz também na dimensão de novos estudos. (E. 16).

Cecílio (2006) considera que outro aspecto da necessidade está calcado na criação de vínculos, significa o estabelecimento de uma relação contínua, pessoal e intransferível, um encontro de subjetividades.

Mas se ele sabe que faz parte de uma equipe de trabalho, se já na atenção básica, ou nas outras complexidades, e de que ele se preocupa com a saúde desses indivíduos, e

ele faz isso de uma forma carinhosa, afetiva, eu falo generosa, mas no sentido da troca, de se colocar com outro, de compreender e tal. (E. 13).

O último aspecto, destacado por Cecílio (2006), é a necessidade de autonomia. Na sua reconceitualização, autonomia implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos da vida e esta ressignificação teria efetivo peso no modo de viver, incluindo a luta pela satisfação das necessidades. Este conceito retoma a noção de empoderamento na promoção da saúde. Assim, as pessoas necessitam desta autonomia para reivindicar seus direitos:

E aí, nós estamos fazendo este trabalho. Assim, é muito triste você chegar lá na ponta, onde não tem nada de saneamento, e as pessoas não saberem sequer que têm direitos. É só oportunizar que as coisas aconteçam, né? As pessoas reclamam, sabem gritar, é só dar oportunidade. (E. 6).

Os movimentos sociais foram apontados como articuladores de uma agenda de práticas para a saúde bucal, como promotores da aproximação entre a realidade e as necessidades.

Que as necessidades das pessoas definam nossas práticas e aí a gente vai incorporando necessariamente as práticas de prevenção e promoção, de tratamento na dimensão da doença presente. Mas não vejo outro caminho do que fazer exatamente este encontro entre uma prática que está distante da realidade e das necessidades. E estas necessidades se impondo e se colocando como re-orientadoras das práticas. Aí os movimentos sociais são elementos determinantes, porque é isso que eu falava antes, eles trazem para a agenda, eles podem compor este novo perfil de prática, e na perspectiva de parte destas necessidades serem discutidas e articuladas junto com os movimentos sociais. (E. 16).

Dentro dos movimentos sociais é operada a transformação de necessidades e carências em direitos. Desse modo, é revisado e redefinido o espaço da cidadania, portanto ao reivindicarem o direito a água, luz, esgoto, assistência médica, etc., os habitantes das cidades redefinem as relações entre as classes populares e o Estado (COSTA, 1988).

Nota-se que a compreensão das necessidades não é algo simples e pode ser abordada de múltiplas formas. Como foi ressaltado por Cecílio (2006), ela pode ser compreendida como necessidade social e historicamente determinada e construída; como busca de melhoria de condições de vida, de acesso aos bens de consumo e às tecnologias de saúde, de autonomia e construção de critérios de priorização com base nas necessidades.

6.2.4.1.3 Metodologias problematizadoras

A educação se dá em todos os espaços da vida. As metodologias problematizadoras foram destacadas em três situações: na formação (graduação), na educação permanente e na educação em saúde.

Entende-se que o ensino superior não está cumprindo seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social (NARVAI, 2006). De modo que o movimento de mudança da educação dos profissionais de saúde, as DCNs e as diretrizes do SUS ressaltam a importância de instituições formadoras com relevância social, o que equivale a escolas capazes de formar, com qualidade, profissionais conectados com as necessidades de saúde. Essas instituições de ensino devem ser: comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade da saúde em suas diferentes áreas, participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade. O movimento de mudanças identifica, já há algum tempo, a necessidade de políticas de educação e saúde para criar um cenário mais favorável às mudanças que devem ser construídas nas escolas em articulação com o sistema de saúde e o controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Outra estratégia para a formação dos profissionais de saúde é a extensão universitária. Realizada no cenário real, é capaz de formar profissionais comprometidos com a realidade. O entrevistado ressalta que esta formação deve seguir a concepção da educação popular:

Em um projeto de extensão, em educação popular, eu tenho é que atuar na comunidade e levar os alunos a trabalhar com eles a construção. Sujeito e construção da autonomia. Posso ter atividades de iniciação da pesquisa, onde ele vai problematizar uma realidade, ele vai construir teorias, ele vai buscar soluções, vai construir conhecimento científico válido, e apresentar e entrar no campo da produção também. Isso fora da grade, porque a grade é morte, porque na grade não há a possibilidade de ser criativo. A grade é a prisão. Porque até quando você vai discutir: é precisamos mudar o ensino. Quando você tem professor bom, motivado, sensível, ele aceita discutir a grade: tira uma matéria daqui, passa ela pra cá, aceita carga horária extra, bota a saúde coletiva ali. Ele não tem a noção, por exemplo, de

que a universidade não é a sociedade, não é a realidade. A universidade é um laboratório, as coisas lá são simuladas, as trocas e os debates são teóricos e retóricos. O indivíduo fica falando de teoria e de discursos, mas de transformação e de realidade a gente não tem interlocutor. Se você pegar uma professora da área de educação, que conhece as teorias da pedagogia e coloca para apoiar um curso de saúde, ela não tem noção da resolutividade, não tem noção de dependência, de competência técnica no sentido cirúrgico e no sentido afetivo, do ponto de vista de se colocar no passante. (E. 12).

A extensão universitária pode ser um locus para a formação integralizadora, como relata um dos entrevistados:

E deve haver uma formação integrada, um trabalho integrado, programação local, uma avaliação integrada, responsabilização também integrada, ou seja, a gente alegou até aqui, e faço uma responsabilidade na perspectiva integrada, de que eu posso também contribuir. Eu não falo isso como obrigatoriedade, mas isso como compromisso quanto membro de uma equipe, eu acho que é isso que é integralidade. (E. 18).

Para Freire (1977), a extensão não tem um caráter assistencialista, mas significa colocar conhecimentos e técnicas a serviço da transformação coletiva da realidade, gerando um mundo melhor. A aproximação pode ocorrer com o auxílio da educação popular. É necessário que sejam tomadas decisões compartilhadas para a garantia da integralidade. Uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde está voltada para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, pois um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro (VASCONCELOS, 1998). Por isso, a educação popular foi um caminho apontado:

Aí eu vejo a riqueza da educação popular, porque você se abre para isso, e você encontra soluções compartilhadas, porque as pessoas também têm respostas, não somente nós. E a gente pode conseguir tanto na saúde bucal, de conseguir construir caminhos, juntos com os profissionais de saúde bucal, quando os porquês de saúde bucal, quanto em outras áreas também. (E. 15).

Uma proposta de criação do Grupo de Trabalho em Extensão em Odontologia (GTEO) foi encaminhada para a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), pois a extensão representa um caminho de mudança na formação. Ela tem um papel relevante ao ajudar na flexibilização curricular como instrumento de ensino-aprendizagem, permitindo o desenvolvimento e aperfeiçoamento de várias habilidades e competências, gerais e

específicas, necessárias à formação de um novo perfil profissional, conforme foi sugerido pelas DCNs (PADILHA et al., 2006).

Na formação dos profissionais de saúde, muitas práticas educativas estão sendo utilizadas em alternativa ao ensino hegemônico, entre elas a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a problematização (ambas são metodologias problematizadoras). Segundo Berbel (1998), algumas escolas que preparam profissionais para a área da saúde têm surpreendido a comunidade interna e externa com inovações importantes na maneira de pensar, organizar e desenvolver seus cursos. Internacionalmente, destacam-se ações em MacMaster (Canadá) e em Maastricht (Holanda). As metodologias problematizadoras têm como caráter fundamental o compromisso com a realidade. Um dos entrevistados propõe como possibilidade de ação repensar a educação tradicional ou hegemônica:

Porque, na verdade, isso não faz parte do foco de atuação da atenção integral, de responder às necessidades, às demandas da atenção básica, se responsabilizar e assim assumir um compromisso ético, de responder às demandas com qualificação. Eu tenho medo de técnicas de pobres para pobres, como a gente teve esta discussão na Odontologia, mas a simplificação no sentido do resgate para aquilo que seja essencial. (E. 13).

O estágio supervisionado também pode ser um instrumento para que o aluno aprofunde o conhecimento do trabalho de sua área e a integração com a realidade social e econômica de sua região. Deve ser entendido como o atendimento integral ao usuário, no serviço prestado pelo aluno de Odontologia à comunidade, dentro ou fora da universidade. O aluno pode cumpri-lo de forma multidisciplinar. São objetivos do estágio: fomentar a relação entre ensino e serviços, ampliar as relações da universidade com a sociedade e pôr o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais (CARVALHO, 2004).

Moysés (2003) destaca a priorização das DCNs como estratégia para a diversificação do cenário de ensino-aprendizagem, a contextualização e a problematização da aprendizagem, de modo que seja estimulada a autonomia. Em consonância com as DCNs, foram criados caminhos para aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades da atenção

básica. Essa formação deve partir da consideração de que, conforme estabelece a Constituição, o SUS tem como objetivo ordenar o processo de formação profissional na área da saúde com base na importância da força de trabalho que ele absorve. As possibilidades de integração do processo de aprendizagem à rede de serviços de saúde podem ser observadas na Educação Permanente e nas propostas do Pró-Saúde.

Esta reorientação na formação deve estimular uma atuação interdisciplinar e multiprofissional, por meio da construção de um novo modelo pedagógico que equilibre excelência técnica e relevância social, no qual sejam utilizados métodos de ensino-aprendizagem centrados no aluno. É importante que tais métodos sejam desenvolvidos como processo permanente, com base nas relações de parceria entre a universidade e os serviços de saúde, comunidade, entidades e outros setores da sociedade civil, agindo em sintonia com o paradigma da integralidade (CAMPOS et al., 2001).

A autonomia foi citada por Cecílio (2006) como uma necessidade humana. A práxis da educação é fundamental para a aquisição ou não da autonomia. Segundo Freire (1986), "[...] ninguém educa ninguém, ninguém tão pouco se educa sozinho, os homens se educam entre si mediados pelo mundo". No trecho seguinte, o entrevistado faz uma comparação da educação hegemônica com a libertadora, também conhecida como a educação popular proposta por Freire:

Quando nós não somos preparados para isso? Não é? Então a educação, numa perspectiva não da educação hegemônica, na perspectiva do modelo que está aí, dominadora, massificadora, mas na educação libertadora, que liberta o próprio profissional, que tem esse compromisso de libertar as pessoas para ganharem autonomia. Porque a palavra educação nos prova a perspectiva de que a educação parece, e tenho a quase convicção, hoje, de que a educação é instrumento re-articulador de um pensar e de um fazer na nossa profissão. (E. 11).

Uma das capacidades que o profissional cirurgião-dentista deve desenvolver, segundo as DCNs de Odontologia, é a capacidade de comunicação (BRASIL, 2002a). Vale lembrar, porém, que esta comunicação deve ser dialogada e dialógica, como defendia Paulo Freire. Vasconcelos (1998) lembra que quando o setor da saúde, junto com os movimentos sociais,

começou a vivenciar experiências de serviços de saúde desvinculados do Estado, profissionais de saúde aprenderam a se relacionar com os grupos populares, esboçando-se, a partir daí, ações de saúde integradas às dinâmicas locais. Os processos de diálogo e de escuta foram destacados nas falas seguintes:

A estratégia é uma formação profissional voltada e mais aberta para o diálogo com a população, com os movimentos. Acho que se o profissional tiver isso, ele... Porque o próprio processo é um pouco isso, porque quando ele insere mais localmente ele percebe isso, facilita essa integração com a dinâmica local. Acho que se o profissional não estiver aberto para isso, às vezes ele está lá junto da população. E a participação popular, acho que é diferente nos movimentos, por que o movimento é uma forma de participação nos conselhos de saúde, precisa estar atento aos conselheiros de saúde, pois apenas isso não garante a participação popular e não só os movimentos. (E. 3).

A educação permanente foi apresentada com uma alternativa de formação após a graduação. Porém, como é feita na atualidade, mostra-se muito morosa, o que leva os próprios profissionais a buscarem outras formas de capacitação, por causa da necessidade de mudança nas práticas, como se referiu um entrevistado:

Com recursos próprios e com os próprios profissionais que trabalham que já fizeram ou estão fazendo cursos de saúde pública. Porque a capacitação via Pólo às vezes se torna muito burocrática e muito lenta, muito demorada. E a necessidade é de tanta urgência, que assim estamos buscando. (E. 7).

Para Ceccim (2005), muitos educadores vêem a educação permanente em saúde como um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, segundo os princípios e/ou diretrizes propostos por Paulo Freire, como prática para a liberdade e para a mudança. A isso se refere a fala seguinte, contextualizando com a promoção da saúde:

O que a promoção da saúde traz é a questão de levar essa discussão da própria educação em saúde. Então é assim, os princípios da educação libertadora, na construção da autonomia e do Paulo Freire. (E. 12).

O crescimento científico e tecnológico no setor da saúde tem propiciado o desenvolvimento de formas sofisticadas de prevenção e tratamento das doenças, além de medidas verdadeiramente efetivas de intervenção, ordenadas em práticas gerenciadas por serviços de saúde e equipes multiprofissionais. No entanto, não podemos confiar nas mais refinadas tecnologias sem considerar a vida concreta e cotidiana daqueles que vêm aos

serviços de saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Uma das estratégias apontadas por um dos entrevistados foi o diálogo:

A estratégia que eu vejo é diálogo, mas diálogo que se dá em todos os campos. Diálogo nas redes de gestão, diálogo nos movimentos, diálogo com os gestores, diálogo com as unidades de saúde e com a comunidade. Por que eu vejo o diálogo como estratégia? Porque o diálogo é aquilo que traz sentido ao ser humano, como um ser de comunicação, é nesse diálogo que Paulo Freire sinaliza como uma prática onde se dá o processo de ensinagem, onde você ensina e aprende. E quando eu falo em diálogo que se dá entre duas pessoas, e os diálogos que se dão na construção coletiva: nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde, na gestão, nos momentos comunitários, nos seminários, nos congressos, tudo isso é construção do diálogo. E o diálogo cotidiano, que se dá na cadeira do dentista com o usuário. Ou seja, minha estratégia seria esta. Conversar, ouvir e escutar de novo. (E. 8).

Em virtude da diversidade de necessidades, locais, práticas e autores, são infinitas as possibilidades de educação com caráter lúdico e profunda conexão com a cultura e a realidade. As falas seguintes ilustram essa afirmação:

A ação educativa, quando se junta com a arte, é uma forma muito mais fácil das pessoas assimilarem, então assim, os grupos que estamos descobrindo, por exemplo, o grupo de artes junta-se ao grupo de saúde bucal, então vamos trabalhar ali uma forma de ligar a comunidade de uma forma lúdica, uma forma mais fácil de compreender e de aceitar. Vamos trocar saberes, vamos ver o que você sabe e ver o que eu não sei. Vamos chegar a um consenso. Eu acho que é a educação popular que vai atingir todo mundo, que você vai trabalhar diretamente com a comunidade, com a população. Não é um grupo específico e deve ser na linguagem deles. Exatamente, não é com um grupo específico, é com a população. (E. 5).

Ele tinha uma formação de como trabalhar verdadeiramente com brincadeiras populares, tinha noção com o pessoal da educação sobre os métodos educativos, do Paulo Freire para não destoar com o que acontecia na escola. Tinha uma formação do pessoal da ação social, sobre políticas universais, das mulheres, da criança e do negro. (E. 17).

As práticas de educação em saúde seguem, muitas vezes, os padrões da educação tradicional ao fazerem o simples repasse de informações. Esta concepção bancária sugere uma dicotomia inexistente entre os homens e o mundo, como se estivessem simplesmente no mundo e não com o mundo e com os homens. Torna o homem simples expectador e não recriador do mundo. A consciência é vista como inserida no homem de modo mecanicista e compartimentado, como recipiente para receber, permanentemente, depósitos do mundo (FREIRE, 1986). A roda de conversa e a institucionalização da proibição das palestras foram apontadas como possibilidades de ação:

Resolução do Ministério, ela é um sinal de um caminho, de uma possibilidade, de incentivos por esse caminho, a coisa da palestra *versus* educação popular, então eu botei na roda, eu as boto para falar, então eu deixo de fazer uma palestra para fazer uma reunião, uma roda de conversa, o que quer que seja. O fato de proibir choca as pessoas, discutir o que você está fazendo com os pais, só rodas de conversa, que são principalmente o que vão dizer mesmo que eu não vá. Porque assim proibir indica uma proibição e ninguém vai assim punir se a pessoa quiser fazer uma palestra, mas o que a gente tava querendo dizer com a proibição é que ela vai ser menos de acordo com o que a gente está colocando, se ela insistir na forma da educação bancária que está incluindo, e é por isso que serve discutir, serve para você movimentar um pouco o debate, gera muito mais adesão que uma afirmativa colocada ao vento. (E. 10).

A roda de conversa, proposta por Freire (1986), consiste na reunião de pessoas para a democratização dos saberes, cuja forma dinâmica é criadora de diálogo e esclarecedora das consciências. Assim, na educação em saúde, o diálogo com os usuários caracteriza-se como encontro de consciências e reflexão compartilhada sobre o trabalho, a saúde e o poder de mudar o mundo. Qualquer tipo de educação só tem sentido como esforço de reflexão do homem sobre o mundo.

A formação deve estar comprometida com a realidade, especialmente com o SUS, e deve aproximar extensão, ensino e pesquisa. A pedagogia proposta por Paulo Freire parece ser uma alternativa para a superação do modelo hegemônico da educação com sua concepção bancária. A educação presente em todos os espaços da vida leva à autonomia e ao empoderamento, propostos pela promoção da saúde (OMS, 1986).

6.2.4.1.4 Políticas públicas reintegradoras

Genericamente, a idéia de políticas públicas está associada a um conjunto de ações articuladas com recursos financeiros e humanos próprios, envolve alguma capacidade de impacto e uma dimensão temporal (duração). Não está ligada somente à implantação de serviços, pois engloba projetos de natureza ética e política e compreende níveis diversos de relações entre o Estado e a sociedade civil na sua constituição. Pode também estar situada no campo de conflitos entre atores que disputam orientações na esfera pública e os recursos

destinados à sua implantação. Políticas públicas também são desenhadas pelos órgãos legislativos e judiciários. Um traço característico na definição de políticas é a presença do aparelho público-estatal para acompanhar e avaliar, mesmo que em sua realização ocorram algumas parcerias (SPOSITO; CARRANO, 2003).

O impacto das políticas públicas na vida das pessoas, e em especial na sua saúde, sempre foi uma preocupação e foco de interesse. Um dos processos indispensáveis para o alcance da promoção da saúde é a construção de políticas públicas saudáveis (OMS, 1986). Essas políticas se caracterizam pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade. Sua principal proposta é criar um ambiente de saúde favorável a que as pessoas vivam saudavelmente. Essas formulações requerem ações governamentais intersetoriais que envolvam agricultura, comércio, educação, indústria, comunicação e economia (OMS, 1986). A cárie dentária está diretamente ligada à ingestão de açúcares. Desde o século XVI, o Brasil é um dos maiores produtores mundiais de cana-de-açúcar, por conseguinte seu baixo custo tornou o brasileiro um dos maiores consumidores deste produto (PINTO, 2000).

O consumo "per capita" de açúcar, que era de 107 gramas/dia em 1972, subiu para 120,5 gramas em 1976 e para 124 gramas em 1981. O Brasil é o segundo produtor mundial de cana-de-açúcar (precedido apenas pela Índia), com 149 milhões de toneladas colhidas em 1981. De fato, foi o açúcar que constituiu a base econômica para a colonização do país por europeus (no século XVI, portugueses e holandeses principalmente), em uma época em que este era o mais importante artigo de escambo internacional. Além da popularização do chocolate, o café encarregou-se de dinamizar a expansão do uso do açúcar (o consumo do café obriga, normalmente, à utilização de pelo menos igual quantidade de açúcar), dificultando extremamente a difusão de preceitos educativos no sentido de se obter o controle da cárie dental mediante a redução de seu consumo. Na pauta de produtos exportados pelo

Brasil, ambos os produtos são fundamentais para o pagamento da elevada dívida externa, sendo o açúcar um dos mais vendidos para o exterior (PINTO, 1983).

Portanto, são necessárias políticas públicas que estimulem o consumo de alimentos saudáveis como verduras e frutas, preceito básico da promoção da saúde, mas ainda é baixo o acesso a esses alimentos. As políticas públicas para a criação de espaços favoráveis à saúde foram destacadas na seguinte fala:

Não adianta você ficar prescrevendo que a pessoa tem que parar de ficar comendo açúcar, como é que você faz isso numa política pública, por exemplo, de fazer uma legislação que impeça a venda de alimentos e doces dentro da escola. Isso é uma política pública de garantia do direito a opções saudáveis. A gente tem discutido muito isso na questão de criar ambientes favoráveis à saúde, se o homem vive em espaços coletivos, como estes espaços coletivos podem favorecer a saúde bucal? Qual a responsabilidade destes espaços coletivos para promover a saúde bucal? Se dentro da universidade, eu tinha que ter a garantia de que a universidade me dê a possibilidade garantir minha saúde bucal. E saber que ela não depende só da bactéria, ou do açúcar, mas que também depende disso e trabalhar na construção de espaços e ambientes favoráveis. A gente tem uma discussão dentro do SUS, uma unidade de saúde tem que ser um espaço saudável, e uma grande maioria das nossas experiências brasileiras, a unidade de saúde não é saudável, não é saudável para os trabalhadores, para a população que busca atenção, porque não favorece à saúde, não tem foco na proteção. (E. 13).

A integralidade deve ser marca das políticas públicas de saúde em geral e das políticas de saúde particulares, como a da saúde bucal? Historicamente, a diversificação do movimento social organizado defendeu a inclusão de doenças e grupos específicos. Por outro lado, o conhecimento técnico da ciência moderna confere às políticas públicas características de verticalização, autoritarismo e desconsideração do direito de participação. A integralidade veio se contrapor a esta idéia ao defender a articulação de ações preventivas e assistenciais (MATTOS, 2005).

As decisões, em qualquer campo das políticas públicas e em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população. A promoção da saúde propugna a formulação e a implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica priorizar a saúde em todos os níveis, responsabilizando-se os dirigentes pelas consequências das políticas sobre a saúde da população. Tais políticas públicas saudáveis se materializam por meio de diversos mecanismos complementares que incluem: legislação,

medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outros, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais (OMS, 1986).

Mattos (2005) faz uma reflexão sobre a integralidade nas políticas públicas, sobretudo as específicas, que são respostas governamentais a certas doenças específicas, bem como a demandas e necessidades de certos grupos populacionais. Desta forma, as políticas de saúde bucal são justificáveis, em razão das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos e das péssimas condições bucais de certos grupos populacionais. A saúde bucal faz parte da dívida social, como foi destacado a seguir:

Leva-me a pensar várias conjecturas, em vários momentos de elaboração e na proposição de políticas específicas da saúde bucal de áreas temáticas, que no contexto da totalidade, as questões de saúde. Historicamente nunca haviam sido priorizadas. Constituíam-se em esqueletos de dívidas sociais, não é? Então é assim tem uma contradição, quando a gente batalha na perspectiva de políticas de saúde que assumam na perspectiva como é que a qualidade de vida e se defende em nome de políticas específicas, nome de doenças determinadas. (E. 11).

O entrevistado ressalta que a formulação de políticas específicas deve estar articulada com políticas maiores. Estratégias políticas amplas e restritas foram citadas na seguinte fala:

Pensar saúde bucal da forma ampliada, fazendo contato e interface com as outras políticas e dialogando com as outras políticas para construir uma política de saúde bucal. E a partir disso usar a educação popular para que seja construída de forma democrática. Então a integralidade na democracia é construída com cidadania. (E. 3).

Foram relatadas percepções de políticas públicas em dois sentidos: as que atuam sobre os fatores comuns de risco, dentro dos preceitos de promoção da saúde, e outras que atuam no campo das políticas voltadas para problemas ou interesses específicos. No caso das políticas específicas para a saúde bucal, elas rompem com o aspecto de neutralidade das políticas.

6.2.4.2 Modelos de atenção reintegradores da saúde bucal

O sistema de saúde estabeleceu que o modelo de atenção é hierarquizado em três níveis: primário, secundário e terciário. Há, porém, aqueles que consideram um quarto nível.

O nível primário é caracterizado pela atenção básica que deveria ser porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 1997). Há uma tendência generalizada em considerar as práticas da atenção básica como um locus privilegiado para se observar a expressão do princípio da integralidade. A ESF é um modelo de reorientação da atenção básica pautado nos princípios do SUS. O trabalho em equipe, privilegiado neste programa, estimula a confluência de vários saberes e práticas, logo a percepção desta integralidade deve ser um esforço constante das equipes de saúde, das universidades e dos movimentos sociais (CECÍLIO, 2006). A atenção básica é gestada de forma democrática e dialógica. Esta possibilidade foi exemplificada por um dos entrevistados:

E nós fazemos oficinas percorrendo o estado para levantar as demandas pertinentes a cada município, as demandas para formação, tanto de agente social, como para conselheiros e para agentes comunitários. É um trabalho ligado ao pólo e é assim, é ligado a GTI (Grupo de Trabalho Integrado), que é formado pela universidade, pela escola, pelo conselho estadual, pelos movimentos (vários movimentos participam). (E. 6).

O diálogo entre as diversas disciplinas pode decorrer do modo de produção do trabalho: do multiprofissionalismo, da interdisciplinaridade e da compreensão da promoção da saúde.

Mas eu acho muito bacana, pois ela (a integralidade) fala muito bem de multiprofissionalismo, interdisciplinaridade em confluência de saberes, em promoção da saúde. (E. 7).

O trabalho intersetorial também é percebido como possibilidade de reintegração, de articulação:

A gente trabalhou também o princípio da integralidade, dentre desta questão, a saúde mental, a saúde da mulher também. A questão da mulher, na casa da mulher, com a questão do apoio, a mulher vítima de violência, AIDS, né? Trabalhando na casa da mulher, mas junto com a saúde da família para que a equipe pudesse articular, onde a saúde da família encontrasse aquela mulher vítima. (E. 17).

De acordo com um dos entrevistados, buscar a integralidade em modelos de atenção como a ESF exige seguir suas diretrizes, que propõem o cumprimento da carga horária e a isonomia salarial entre seus profissionais.

Reabilitação, para ir buscar estas coisas, para integrar o saúde da família, então vai buscando os outros profissionais que dedicassem 40 horas ao Programa Saúde da Família, fosse médico, assistente social, o profissional fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional, ou psicólogo, o dentista, todos tinham o mesmo salário. (E. 17).

A ESF é observada como solução integralizadora dos problemas de saúde. Entretanto, em muitas realidades, os salários dos profissionais não são equiparados (médico e enfermeira têm salário superior ao do cirurgião-dentista). Surgem, então, problemas nos processos de trabalho que repercutem na atividade com as famílias, uma vez que, em certos lugares, um médico da família ganha até duas vezes mais que o restante da equipe (CORDÓN, 1997).

Atividades de cunho preventivista também foram citadas como possibilidades de ação na saúde bucal:

Porque se for pensar a integralidade do corpo. Então é um pouco por aí, não sei se eu te expliquei, acho que tem que ser um investimento, tem que ser uma valorização grande, tem que se continuar cuidando dos bebês, das criancinhas, nas creches, entendeu? Tem tudo isso, é ir introduzindo tanto quanto comer, como se fosse uma coisa muito importante. Acho que hoje se dá muita atenção, mas isso pra mim é prevenção da prevenção. (E. 1).

Simplesmente para cuidar de dentes cariados, botar o que o dente já perdeu, de fazer movimentação nas escolas, escovação e isso é muito importante. (E. 19).

Da prevenção da doença à promoção da saúde, o modelo da vigilância da saúde pode ser uma alternativa em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida. Desse modo, constitui-se, concretamente, em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população (TEIXEIRA, 2000 apud PAIM, 2007).

Mas esta prática pode ser mais exitosa se implantada com respaldo de critérios epidemiológicos, com trabalho multidisciplinar e apoio da gestão para garantir a continuidade dos programas.

Discutiram e coordenavam o projeto de saúde bucal, né? E pô, isso vai dar certo. Escovação supervisionada, e vamos aplicar flúor, vamos fazer isso, vamos fazer

aquilo e isso vai dar certo. Só que era com agentes de saúde bucal, daí depois de 4 anos a gente fundiu e aí começou a ser agente de saúde geral tínhamos inclusive cuidar da saúde bucal. Aí de novo a gente vai resolvendo a gestão que não fica só na saúde bucal. Aí ela vem para dentro. E quando a gente começou e até hoje está posta a questão, da THD e da ACD, trabalhando com a equipe completa dentro de duas equipes de saúde da família. O que é difícil, primeiro a gente experimentou com duas equipes, as 2.000 famílias com mais de 12.000 pessoas. Trabalhando com riscos, risco tipo 3, tipo 2, tipo 1. Faz tudo direitinho, a família é risco 3, depois vai para risco 2. Pelo número de cáries, mais de cinco cáries é risco 3. (E. 17).

Segundo Paim (2007), alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no país: a oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, ações programáticas de saúde, saúde da família, promoção da saúde, etc.

A equipe da ESF pode atuar também na promoção da saúde, de modo que as medidas de promoção se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e estilos de vida de grupos populacionais específicos. Para isso, deve apoiar-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas públicas saudáveis nas três esferas de governo (FERRAZ, 1998).

É importante que promoção da saúde aconteça no microespaço das unidades de saúde por meio de ações realizadas em parcerias intersetoriais; nas secretarias estaduais de saúde também deve ocorrer da mesma forma. No macroespaço político, além de se trabalhar em parcerias e de forma integrada com outros ministérios, deve-se formular políticas que favoreçam essas estratégias, que não sejam verticalizadas e que atendam às necessidades verificadas nos microespaços (famílias, unidades básicas, ESF, entre outros).

A gente tem trabalhado na perspectiva de construir estas estratégias, né? Que particularmente, meu envolvimento hoje nessa discussão de promoção da saúde, nessa discussão nacional de promoção da saúde, como possibilidade concreta que eu acho a gente tem de repensar, de fazer e dar certo, nasceu ponto de corte de você romper o modelo, que está predominante que está hegemônico, e a promoção da saúde traz princípio que não só chamados por alguns de utópicos ou de sonhadores, mas são princípios que trabalham na saúde, na vertente da saúde, a possibilidade de sair, de deixar de olhar só para o próprio umbigo. Então você pensa em fatores de proteção em estratégias populacionais que é para a sociedade. Como é que a gente constrói um modelo de sociedade para que a gente dê resposta a uma necessidade? Para que as pessoas tenham a possibilidade de se manterem saudáveis. Acho que é por aí meu entendimento. (E 13).

É a questão da promoção da saúde, que com o sujeito humanizado, crítico, que se posiciona na sociedade, no mundo, se posiciona na sua prática, é mudar esta prática como um produto da sua re-inserção num novo espaço, numa nova possibilidade de

contribuir nessa mudança do SUS e, portanto em consequência dos movimentos sociais, destes eventos sociais. (E. 18).

A ESF foi percebida como produtora de uma rede de apoio:

Na mesma questão que se discute aqui a saúde da família era uma questão para ser discutida de pobre para pobres. E tinha que se trabalhar com a intersetorialidade, a promoção de saúde e o empoderamento da população. O saúde da família tem que agir, então o agente da saúde focava. Tinha como apoios: o saúde da família, o conselho tutelar, o conselho da criança e adolescentes, era preciso criar uma rede, para poder trabalhar em rede, para dar apoio a tudo isso. A gente trabalhou muito com o meio popular, para poder trabalhar em rede para apoiar tudo isso, porque as pessoas estão muito sozinhas lá na ponta. Ela tem que sentir está fazendo uma ação e de ter o apoio da esfera pública. Uma rede de apoio. (E. 17).

Recuperar e reforçar estas áreas na saúde da família. Nos projetos de acolhimento, nas equipes matriciais, no conjunto de iniciativas que estão sendo pensadas aí, é que são formas de se operacionalizar a integralidade na atenção. (E. 20).

A consciência da importância de se discutir formas de participação dos usuários nos serviços públicos de saúde cresce junto com uma concepção que vem se tornando bastante difundida no campo da saúde pública: o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde, sejam elas preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, pois esta pode apontar problemas e soluções que atendam às suas demandas mais diretamente. Nos países em desenvolvimento, essa relação se mostra ainda mais clara, uma vez que as redes são, com frequência, as únicas possibilidades de ajuda com que às famílias carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

Essa rede de solidariedade presente no tecido social brasileiro contrariou a tese de que a sociedade civil estaria totalmente desativada e apática. A importância da formação e ampliação dessas redes de solidariedade estava não só na mobilização e distribuição de recursos para famílias, grupos e pessoas em situação de carência, mas também na disseminação de uma noção de cidadania ligada à idéia de interdependência entre os membros da sociedade. Essa idéia vincula-se à noção de redes, já que elas envolvem relações de troca, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede

social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhamento de informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima do paciente, o que contribui para o sucesso do tratamento (MINKLER, 1985).

A discussão sobre redes de apoio social e empoderamento chama a atenção para o saber e o poder que os usuários, organizados em comunidades e movimentos, podem adquirir, o que certamente repercutirá nas várias dimensões de sua saúde. Essa influência se estende desde a interferência sobre as próprias condições individuais de saúde até as condições de funcionamento e atendimento dos serviços de saúde (LABONTE, 1994).

A participação popular e a democracia são condições indispensáveis para a construção coletiva das políticas públicas, como foi destacado a seguir:

Acho que a gente tem que atuar nas universidades, a gente tem que atuar no Ministério com políticas do Ministério da Saúde. (E. 10).

Para a organização do modelo de atenção foi sugerido o Distrito Sanitário que pode abranger duas dimensões: a primeira, como estratégia de construção do SUS em um município ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos operacionais e conceituais importantes; a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. Portanto, o processo de construção e implantação do Distrito Sanitário, como estratégia para implementação do SUS, deve ser visto como um processo social, tal qual é o SUS, como uma expressão concreta de uma política pública de dimensão social. Os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho (BIREME, 2007).

A idéia de Distrito Sanitário, ter a idéia não como distribuição física, burocrática, mas como espaço em que se realizam várias práticas sociais, incluindo, portanto, todos os problemas, necessidades e projetos, que aquele recorte de território com a população que habita aquele território pode elaborar. Então, acho os Distritos Sanitários foi uma das estratégias importantes e acho que estes distritos podem ser retomados em algumas destas dimensões. (E. 20).

Assim como a estratégia dos Distritos Sanitários, as ações programáticas de saúde caracterizam a utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas (SCHRAIBER, 1990 apud PAIM, 2007).

Quanto à oferta organizada de serviços de saúde, a idéia é que em vez de você rejeitar a demanda espontânea, você possa incorporar esta demanda espontânea e trabalhar com algumas ações programáticas justamente aquelas voltadas para a boca. Acho que este pode ser um ponto fundamental. Pode ser trabalhado na oferta organizada dos serviços de saúde. (E. 20).

O entrevistado sugere que, ao contrário de renegar a demanda espontânea, deve-se utilizá-la como ponto de partida para ações programáticas voltadas à assistência odontológica. Seria utilizar a aparente desorganização ocasionada pela demanda espontânea para a organização dos serviços.

Outra possibilidade de ação identificada foi a Vigilância da Saúde, que inclui: o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco; a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais e, finalmente, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar (TEIXEIRA, 1994 apud PAIM, 2007).

E um terceiro que tem tido muitas outras interpretações, mas pelo menos eu gosto de pontuar, que é a vigilância da saúde. A vigilância da saúde, da forma como eu entendo, não é um simples somatório das vigilâncias sanitárias, epidemiológica e ambiental e etc.. A vigilância da saúde é um modo tecnológico de intervenção, voltado para danos, para riscos e para determinantes. Então, olha a saúde bucal se encaixa muito bem nesta idéia da vigilância da saúde. Então, você pode dentro

daquele território você pode identificar um conjunto de intervenções, voltados para riscos e para ações promocionais e recuperadoras. (E. 20).

Os modelos de atenção citados foram: a utilização do ESF na atenção básica, mas com o fortalecimento dos processos de trabalho; a criação de redes de apoio e empoderamento; a organização de territórios por meio dos distritos sanitários e a vigilância da saúde no seu sentido mais amplo. Apesar da promoção da saúde não ter sido citada diretamente, seus princípios permeiam todas as possibilidades de ação citadas pelos entrevistados, caracterizando-se não só como uma possibilidade de ação pontual, mas como um preceito básico presente em todas elas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscou-se utilizar o conceito de integralidade de forma ampla, reconhecendo a complexidade da realidade e a importância da mudança de paradigmas. Comunga-se com a idéia da interconexão de todas as coisas e que divisões, como a saúde e a saúde bucal, são reduções necessárias para a compreensão da realidade e da vida. As ciências e os paradigmas que guiaram a humanidade trouxeram muitas contribuições para a vida humana na Terra, as quais, no entanto, parecem não garantir a sustentabilidade. Uma explicação provável para este fato é que se perdeu a noção da integralidade e da necessidade de re-totalização, pois o homem depende dos outros homens e do seu meio.

Entende-se ser necessária uma ciência multicultural, holística e complexa, pois, mesmo sendo condição do ser humano a necessidade de redução da realidade para compreendê-la, é fundamental a re-totalização e o diálogo com as contradições.

As noções de saúde e saúde bucal são focalizações necessárias, porém devem sempre estar associadas a uma noção maior, até mesmo planetária. Por trás da busca da integralidade, reconheceu-se a necessidade de um novo paradigma, um novo modo de compreender e atuar no setor da saúde. As possibilidades de compreensão do tema e sua amplitude podem estar relacionadas às diversidades de locais, pessoas e contextos que transitam nos micro e macroespaços, desde o cuidado nas práticas até a formulação de políticas públicas.

Uma dificuldade ainda não completamente superada é a da compreensão acerca dos movimentos sociais, objeto da Sociologia, pois muitos autores têm deles uma visão muito genérica. Porém, deve-se respeitar a restrição de uso do termo. A própria autora mudou sua concepção de movimento social. A luta dos movimentos sociais, em especial dos que defendem a saúde como direito básico, teve sua consolidação na Constituição Federal de 1988, quando foram afirmados os princípios do SUS. Ficou evidenciada, no texto constitucional, a inseparabilidade desses princípios que constituem uma tríade: universalidade, integralidade e equidade.

Na produção deste trabalho dissertativo foi indispensável a adoção de marcos teóricos, principalmente ao se fazer referência às concepções de odontologia e saúde bucal. Embora pareçam ser o mesmo objeto, têm conceituações muito diferentes, as quais já foram bastante debatidas e até definidas na literatura. Resumidamente, pode-se dizer que a Odontologia se encontra sob forte influência do paradigma biomédico; a saúde bucal, por sua vez, visa à superação deste paradigma na coletividade e, ao utilizar o conceito de bucalidade, repõe a boca no contexto individual, subjetivo e nas relações interpessoais.

A percepção de integralidade foi agrupada em três núcleos de sentido: modelos de atenção (aproximação e afastamento), fractal e dinamicidade. São inúmeros os trabalhos na literatura que relacionam integralidade e modelos de atenção, porém não se encontrou nenhum que estabelecesse relação direta entre as noções de fractal e dinamicidade. Muitos autores ressaltam que a integralidade é um termo plural e polifônico (PINHEIRO; MATTOS, 2007), mas não foram encontradas evidências diretas da sua percepção de forma dinâmica e transitória, assim como a realidade, que é única, múltipla, complexa, contraditória e dinâmica. Desta forma, para a compreensão da integralidade, parece óbvia a necessidade de percepção ampla e dinâmica da realidade para a re-totalização da saúde na vida e no mundo.

Com base na revisão de literatura, a saúde bucal também pode ser entendida em vários sentidos: no campo restrito da boca, como a define o senso comum, ou na sua relação com o indivíduo e deste com o mundo, e/ou como processo de luta coletiva. Mesmo no sentido restrito de saúde da boca, ainda é uma realidade distante na nossa sociedade, conforme comprovou um levantamento epidemiológico realizado em 2003, o SB-Brasil (BRASIL, 2004a). O baixo acesso aos serviços odontológicos e sua pouca resolubilidade são alguns dos aspectos que se contrapõem ao princípio de integralidade do SUS (BRASIL, 2004b).

Ficou constatada a escassez de literatura acerca da relação entre os movimentos sociais e/ou associações (de classe ou usuários) e a saúde bucal ou a Odontologia. Não houve dificuldade em se encontrar trabalhos que relacionassem a saúde bucal no SUS com a integralidade, porém esta relação muitas vezes era negativa, ou seja, era apenas de constatação de sua ausência. Outros artigos discutem a importância da saúde bucal para a obtenção da integralidade na saúde.

Alguns entrevistados mostraram-se desconfortáveis quanto indagados sobre o tema, pois muitos consideraram que não existe integralidade na saúde bucal e também nunca haviam pensado sobre como a integralidade dialoga com a saúde bucal. A percepção da saúde bucal no SUS, sob o foco da integralidade, não foi percebida, pois a atuação do profissional de saúde bucal, neste caso o cirurgião-dentista, foi descrita como: isolada, segmentada, sem diálogo, individualista, centrada na microdimensão (dente, boca), com uma postura preventivista isolada, mutiladora e fracassada. A origem dessa situação foi atribuída ao modelo biomédico de formação.

Esse tipo de formação levou a prática odontológica a depender das tecnologias duras e também à crescente especialização. Evidencia-se, portanto, a urgência de mudanças na formação, em especial na graduação, e de desenvolvimento de outros tipos de tecnologia, como as leves e leve-duras, inclusive nas ações coletivas. Conforme foi relatado por um dos

entrevistados, no campo da prevenção, a Odontologia parou na escovação supervisionada e no flúor. Nas práticas curativas, outro ressaltou que a dificuldade da técnica de endodontia em molares é um fator que leva à não-aprendizagem do aluno e, conseqüentemente, à falta de acesso dos usuários a tratamentos mais integrais e não mutiladores.

Mereceu destaque a necessidade de aproximação do conceito de integralidade com a saúde bucal no SUS, de forma que esta deve ser compreendida além do aspecto biológico, incorporado pelo modelo cartesiano, para que a boca seja inserida no corpo, na pessoa, no sujeito social, na sociedade, na vida e no mundo. Foram relatados importantes avanços nas políticas públicas de saúde bucal, como o programa Brasil Sorridente e a inclusão de equipes de saúde bucal na ESF. A formulação de políticas públicas específicas para a saúde bucal e a ampliação do acesso foram reconhecidas como importantes meios para o alcance da integralidade no SUS.

Outro tipo de percepção da saúde bucal foi a bucalidade. O profissional de saúde bucal pode ter acesso a outras dimensões da pessoa ao perceber a ressignificação da boca (retotalizada) nas suas relações com o mundo.

A postura dos movimentos sociais em relação à saúde bucal foi percebida como clientelista, de modo que não foram relatadas lutas em defesa da saúde bucal, somente reivindicações isoladas por assistência odontológica. Portanto, é necessária uma aproximação com os movimentos sociais para a ampliação e o fortalecimento das ações de saúde bucal. Alguns entrevistados fizeram relatos sobre a atuação de organizações sociais, associações ou pessoas ligadas à classe odontológica na luta pela ampliação de mercado de trabalho no SUS, pela formulação da LDB e pelo Movimento Sanitário.

Apesar de não ser foco deste estudo, cabe mencionar que nenhum dos entrevistados estabeleceu qualquer relação entre o consumo de insumos e equipamentos odontológicos, a produção de lixo decorrente dessa utilização e a integralidade. O desenvolvimento

tecnológico da Odontologia e o crescimento desordenado das cidades geram resíduos sólidos urbanos, especialmente resíduos potencialmente infectantes, como mercúrio, restos de dentes, agulhas e líquidos radiográficos (CUSSIOL; ROCHA; LANGE, 2006). Os poucos estudos sobre este assunto e a despreocupação dos profissionais com a produção do lixo odontológico, até mesmo na academia, evidenciam o descaso com a vida e com o planeta.

Algumas possibilidades de ação da saúde bucal que atendam ao princípio da integralidade foram percebidas e categorizadas como reintegradoras:

- a) reconstrução da realidade, o que significa fazer o caminho contrário do reducionismo ao reintegrar a boca, a saúde bucal e a prática odontológica no contexto social. É evidente a necessidade de revisão contínua dos conceitos e das formas pelas quais se percebe o mundo, de modo que se identifique e, até mesmo, se altere o paradigma sob o qual se percebe a realidade, que pode ser considerada una, múltipla, complexa, dinâmica e contraditória;
- b) as necessidades podem ser integradoras das realidades, de modo que as ações, serviços de saúde, a formação de profissionais de saúde, entre outros aspectos, devem ser planejados e realizados com base nas necessidades das pessoas, dos sujeitos coletivos, dos espaços, do ecossistema e do mundo;
- c) as metodologias problematizadoras, como a educação popular, a aprendizagem baseada nos problemas (ABP) e a metodologia da problematização, foram apontadas como reintegradoras porque podem ser utilizadas na formação universitária dos profissionais de saúde, na educação permanente (nos serviços de saúde) e na educação em saúde. Essas metodologias têm em comum o compromisso com a formação de um ser humano crítico e vinculado com a realidade.

As possibilidades de ação da saúde bucal também foram categorizadas como modelos de atenção reintegradores, entre os quais se destacaram:

- a) trabalho multiprofissional;
- b) fortalecimento da ESF;
- c) atividades preventivas com suporte e continuidade;
- d) formação de redes de apoio;
- e) organização por distritos sanitários;
- f) adoção de critérios de prioridade;
- g) desenvolvimento de ações programáticas para atender à demanda espontânea;
- h) vigilância em saúde.

Apesar de a promoção da saúde não haver sido destacada como categoria específica, seus princípios permeiam a maioria das possibilidades de ação percebidas, portanto pode-se considerar que ela se caracteriza como arcabouço estrutural, re-totalizadora e integral. A promoção da saúde como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às políticas públicas e tecnologias desenvolvidas no SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006c).

Vale lembrar que as possibilidades de ação da saúde bucal apontadas pelos entrevistados não podem ser hierarquizadas, isto é, não se pode dizer que uma seja melhor ou que se sobreponha a outra. São necessárias ações conjuntas, em todos os níveis e espaços da vida, assim como na idéia de fractal da integralidade.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-38, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2006.

AGÊNCIA BRASIL. **MERCOSUL tem reunião hoje**, no Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/01/17/materia.2007-01-7.8784716798/view>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu (SP), v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALEXANDER, J. C. Ação Coletiva, Cultura e Sociedade Civil-Secularização, atualização, inversão, revisão e deslocamento do modelo clássico dos movimentos sociais. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 5-31, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9091998000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2006.

ALMEIDA FILHO, N. **A saúde e o paradigma da complexidade**. Texto apresentado no Ciclo de Estudos sobre “O método” de Edgar Morin, promovido pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Instituto Humanista, 07 out. 2004. Disponível em: <<http://www.unisinos.br/ihu/uploads/publicacoes/edicoes/1158325839.84pdf.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2007.

ALVES, R. O senso comum e a ciência. In: _____. **Filosofia da ciência**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 10-34.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2007.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf>. Acesso em: 29 maio 2006.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, 2000. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3021.pdf> >. Acesso em: 28 jan. 2007.

ANEPS-GO. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde. **Relato “estreitando laços”**: historiando a atuação da ANEPS de Goiás, no período de julho de 2003 a julho de 2005. Goiânia, 2005.

ANTUNES, J. L. F. et al. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Adelaide (Austrália), v. 34, p. 146-152, 2006.

AROUCA, A. S. S. **O Dilema Preventivista**: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 1975. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, M. A ciência pode Classificar. In: _____. **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Record, 1997. Disponível em: <<http://cristalpoesia.net/manoeldebarros.htm#3>>. Acesso em: 31 mar. 2007.

BARUFI, M. C. B. **A construção/negociação de significados no curso universitário inicial de cálculo diferencial e integral**. 1999. 195f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BIREME. **Distrito Sanitário**: concepção e organização. Disponível em: <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol1_06.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2007.

BLOG. Image: **Dentist.jpg**. Disponível em: <<http://www.duvekot.ca/eliane/>>. Acesso em: 02 abr. 2007a.

_____. Imagem: **gotadagua1.jpg**. Disponível em: <<http://www.letti.com.br/afrodite/images/gotadagua1.jpg>>. Acesso em: 03 abr. 2007b.

_____. Imagem: **Sorriso.jpg**. Disponível em: <<http://cesariopowah.zip.net/index.html>>. Acesso em: 1º abr. 2007c.

BOFF, L. **Maldição sobre nossa geração?** Fortaleza, 09 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=26015>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

_____. **Saber Cuidar**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29438.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

BOTAZZO, C.; NARVAI, P. C. Editorial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 4-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29437>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. **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. Brasília. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. **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. Brasília. 1990b. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8142.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. CONEP. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 28 jan. 2006.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996b. Disponível em: <<http://grad.unifesp.br/alunos/cg/ldb/LDB.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB/SUS-96, de 6 de novembro de 1996. Brasília: MS, 1997. 34p. Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. 44 f. Disponível em: <http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/doc03.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3**, de 19 de fevereiro de 2002a. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: http://www.redeunida.org.br/diretrizes/docs/Odontologia_Resolucao_0302.pdf. Acesso em: 1º abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde nos anos 90: avanços e limites**. Elaborado por Barjas Negri, Brasília, 2002b. 52 f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. **Ministério da Integração Nacional**. O Ministério da Integração Nacional, conforme disposto na Medida Provisória nº 103, de 1º de janeiro de 2003, de 28 de maio de 2003, teve a estrutura regimental aprovada pelo Decreto nº 5.847, de 14 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

_____. Presidência da República. **Secretaria Especial para a Promoção da Equidade Racial**. Lei 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Brasília, 2003b. Disponível em:

<https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.678.htm>. Acesso em: 02 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: principais resultados. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Diretrizes de Saúde Bucal, 2004b. <Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406>. Acesso em: 11 set. de 2005.

_____. Pró-Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101**, de 3 de Novembro de 2005a. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Disponível em: <<http://abennacional.org.br/direducao/portarias/portariaprosaude21010.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS)**: amplitude de acesso. Brasília: MS, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pnpic.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b. 76 f. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Diretrizes%20Operacionais%20-%20Pactos%20pela%20Vida,%20em%20Defesa%20do%20SUS%20e%20de%20Gest%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Análise de Situação e Saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. Série pactos pela saúde, v. 7, 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=828>. Acesso em: 20 jan. 2007.

CALLONI, H. Breve ensaio sobre o conceito de interdisciplinaridade e a noção de totalidade em Paulo Freire. **Edu. Revista do Centro de Educação**, Santa Maria (RS), v. 27, n. 1, p. 1-121, 2002. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/ce/revista/revce/2002/01/a9.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

CAMPOS, D. L. et al. Prevalência de fluorose dentária em escolares de Brasília - Distrito Federal. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 225-230, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631998000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2007.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: _____. **O ponto de mutação**. 22. ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 1982. p. 116-55.

CARDOSO, A. C. C. et al. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF um desafio para melhoria da qualidade de atenção à saúde. **RBSP**, Salvador (BA), v. 26, n. 1/2, p. 94-98, 2002.

CARVALHO, A. C. P. Planejamento do curso de graduação de Odontologia. **Rev. ABENO**, Brasília (DF), v. 4, n. 1, p. 7-13, 2004. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2004/007_013carv.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 113-26.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/LivroIntegralidadeIntegralidade%20da%20atenao%20hospitalar.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2006.

CEPA. **Centro de Ensino e Pesquisa Aplicada**. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.cepa.if.usp.br/e-calculo/integrais/def_integral/def_integral.htm>. Acesso em: 05 maio 2006.

CERQUEIRA, M. T. A construção da rede latino americana de escolas promotoras de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da saúde. **Escolas promotoras da saúde**: experiências no Brasil. Brasília, 2006. p. 35-39.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**, São Paulo: Ática, 1994.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA, S. L. M. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8150.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2007.

CIARIS. **Centro Informático de Aprendizagem e de Recursos para a Inclusão Social**. Portugal. Disponível em: http://fwww.ilo.org/ciaris/pages/portugue/tos_download/strprinc/aproache.pdf. Acesso em 1º maio 2006.

_____. **Seleção pública de propostas sobre Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde**. MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005. Disponível em: http://memoria.cnpq.br/resultadosjulgamento/2005/edital_0492005.htm. Acesso em: 1º abr. 2007m.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a02v08n1.pdf>. Acesso em: 28 de jan. 2007.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para impactos na programação de metas dos sistemas de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=pt. Acesso em: 28 jan. 2007.

CORDÓN, J. Construção de uma agenda para saúde bucal coletiva. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v13n3/0182.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2007.

CORDÓN, J.; BEZERRA, A. C. B. A Inserção da odontologia no Sistema de Saúde e no envolvimento comunitário: primeira aproximação. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 50-51, 1994.

COSTA, N. R. Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 207-225, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n2/05.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2007.

CUSSIOL, N. A. M.; ROCHA, G. H. T.; LANGE, L. C. Quantificação dos resíduos potencialmente infectantes presentes nos resíduos sólidos urbanos da regional sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1183-1191, jun. 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1010.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2007.

DOLAN, T. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Special Care in Dentistry*, 13:35-39, 1993. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**, São Paulo: Santos, 2000.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec**, v.18, n. 3, p. 41-46, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Rev. Administ. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 49-60, mar/abr. 1998.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface -Comunic., Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

FIGUEIREDO, G. O.; BRITO, D. T. S.; BOTAZZO, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17455.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Socio-environmental factors associated with dental occlusion in adolescents. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 129, n. 6, p. 809-816, 2006.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Extensão ou comunicação?** São Paulo: Paz e Terra, 1977.

GLOBO [on-line]. **Clima mudou mais e antes do imaginado**. 25 jan. 2007. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/cultura/bichohumano/mat/2007/01/25/287553043.asp>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1997.

GOIÁS. Estado de Goiás. Secretaria Estadual de Educação. Superintendência do ensino médio. **Capacitação de professores do ensino médio do estado de Goiás**. 3ª etapa, out. 2003.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

IYDA, M. Saúde bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC, 1998. p. 127-39.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. p. 443-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13024.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: construção de um modelo de gestão municipal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T.; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-103, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29453.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflection on professional practice. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 253-268, 1994.

LAPPIS. **Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. Os Escritos de Leonardo da Vinci sobre a Arte da Pintura. Disponível em <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 13 abr. 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-318, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 6, supl. 1, p. 121-134, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v6n2/06.pdf> >. Acesso em: 28 jan. 2007.

LIMA-TAVARES, M. **Gaia e Ciência: Uma Análise da Cientificidade da Teoria Gaia de Acordo com a Metodologia dos Programas de Pesquisa de Lakatos**. 194 f. 2002. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências. Universidade Estadual de Feira de Santana. Universidade Federal da Bahia, Feira de Santana, 2002. Disponível em: <<http://www.fis.ufba.br/dfg/pice/dissertacoes/marina2000.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2008.

MACHADO, N. J. Dos conjuntos às alegorias. **Estud. av.**, São Paulo, v. 8, n. 21, p. 165-175, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v8n21/10.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2007.

MAIA, R. B. **Odontologia em saúde coletiva, sujeitos portadores de necessidades especiais e a integralidade da atenção**. 2003. 102 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MANFREDINE, A. M. PSF: Promovendo saúde bucal. **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília (DF), edição especial, n. 7, p. 50-71, 2004.

MANFREDINI, M. A.; BOTAZZO, C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-77, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29461.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

MARQUES, P. E. M.; BLEIL, S. I. A identidade cultural desafia a globalização: o desabafo dos agricultores franceses. **Novos Rumos**, São Paulo, v. 16, n. 34, p. 158-177, 2001. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/brasil/cpda/estudos/quinze/bleil15.htm>. Acesso em: 28 jan. 2007.

MARTINS, E. M. Construindo o valor saúde bucal. **Ação Coletiva**, Brasília (DF), v. 2, n. 2, p. 5-9, 1999.

MATTOS, R. A. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 11. ed. Petrópolis: Editora Vozes. 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**, v. 12, p. 303-313, 1985. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE_1966-1995&exprSearch=4077543&indexSearch=UI&lang=p. Acesso em: 30 jan. 2006.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Disponível em: <http://www2.ufpa.br/ensinofts/artigo3/setesaberes.pdf>. Acesso em: 1º fev. 2007.

MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em odontologia. **Pro-posições**, Campinas (SP), v. 14, n. 1, p. 40-74, 2003.

_____. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev. Bras Odont Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.7-17, 2000.

_____. Política de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **ABENO**, Brasília (DF), v. 4. n. 1, p. 30-37, 2004.

NARVAI, P. C. **Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, Brasil, no período de 1990-1999**. 148 f.Tese (Livre-docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2002.

_____. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** Escrito com finalidade de subsidiar a Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS-Sistemas Locais de Saúde” da Rede

CEDROS. Reelaborado após a oficina, incorporando as sugestões apresentadas pelos participantes, set. 1992. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/angeloonline/artigos/art_saucol/assisati.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2007.

_____. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde pública**, São Paulo, v. 40, n. especial, p. 141-147, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

NIETZSCHE, F. **A Gaia Ciência**. Tradução Jean Melville. São Paulo: Martin Claret. 2006. (Coleção: A obra prima de cada autor).

NOGUEIRA, A. (Org.). **Contribuições da interdisciplinaridade para a ciência, para a educação, para o trabalho sindical**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NORONHA, A. B. O diálogo deve ser aberto e problematizador. **Educação popular em saúde**, RADIS, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, n. 21, 2001.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. 43º Conselho gestor. 53ª Sessão do Comitê Regional. **Desenvolvimento e fortalecimento dos recursos humanos da saúde**, Washington, 24 a 18 set. 2001.

PADILHA, W. et al. **Proposta de Criação de um Grupo de Trabalho em Extensão (GTEO) na ABENO** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <odontoestagio@yahoo.com.br> em 20 set. 2006. (No prelo).

PAIM, J. S. Bases Conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 473-87.

_____. Comitê de Política de Recursos Humanos para Vigilância Sanitária: Política de Recursos Humanos para o SNVS. **Modelos Assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2007.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da saúde. **Escolas Promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília, 2006. p. 35-39.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/cobem07/peduzzi_cobem_07.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2007.

PEREIRA, C. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira -1985-1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39 n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º abr. 2007.

PINHEIRO, R. **Em Entrevista:** Integralidade e prática social. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=162&sid=25>>. Acesso em: 07 ago. 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda em Saúde e a Integralidade:** Emancipação, Necessidade e Poder. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inoid=544&tpl=view_participantes>. Acesso em: 1º abr. 2007.

PINHEIRO, R.; GOMES, M. C. P. A. Acolhimento e vínculo: Práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu (SP), v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev Eletr Enfermagem**, Goiânia (GO), v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_05.htm>. Acesso em: 28 jan. 2007.

PINTO, V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 509-514, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v23n6/09.pdf>>. Acesso em: 1º fev. 2007.

_____. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

_____. Saúde Bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 316-327, 1983. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101983000400006&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 1º fev. 2007.

PORTILLO, J. A. C. **A inserção da odontologia no SUS: avanços e dificuldades.** 1998. 181 f. Tese (Doutorado) - Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1998. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:QXkO1GbX-T0J:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_teses/cordon.pdf+author:%22Portillo%22+intitle:%22A+Inser%C3%A7%C3%A3o+da+Odontologia+no+SUS-Avan%C3%A7os+e+dificuldades%22+>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

RIBEIRO, M. E.; CHOMATAS, E. R. V.; CAPUTO NETO, M. Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba - PR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil.** Brasília: MS/OPAS, 2004. p. 37-61.

ROCHA, D. G. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo de seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira.** 2001. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

RONCALLI, A. G. **A Organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva.** 2000. 238 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba (SP), 2000.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília (DF), v. 2, n. 1, 1999.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7030.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Um discurso sobre as ciências.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. av.**, São Paulo, v. 2, n. 2, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2007.

SANTOS, M. E. M. **Odontólogos e suas noções sobre educação em saúde bucal.** 2005. 114p. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/teses/memsantos.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. **Jornal da rede feminista de saúde**, São Paulo, n. 17, maio, 1999. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html/jr17-desafios.html> 09/09/2005>. Acesso em: 30 maio 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out., 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2008.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, abr./jun. 2007, vol.16, n. 2, p. 239-245. ISSN 0104-0707. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a05v16n2.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2007.

SILVA JR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 241-55.

SILVA, A. L. T. **A Saúde bucal coletiva sob a ótica de professores da rede estadual de ensino de São Paulo**. 2002. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n4/6006.pdf> >. Acesso em: 28 jan. 2007.

SOLLA, J. J. S. P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 207-216, abr./jun. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1505.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

SOUZA, E. C. F. **Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal**. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Saude%20Bucal%20Betinha.pdf>. Acesso em: 1º abr. 2007.

SPOSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. Educ.**, São Paulo, n. 24, p. 16-39, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>>. Acesso em: 1º fev. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. 2. ed. Brasília: UNESCO, 2004. p. 313-363.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Rev Bras Saúde Família**, Brasília (DF), v. 5, n. 7, p. 10-23, 2004.

TORRES, C. H. D. A. **Ensino de epidemiologia na Escola Médica: institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000079&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1º abr. 2007.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507- 514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2007.

_____. Estou cansado de ser alternativo. Eu queria ser hegemônico. In: RADI/ FIOCRUZ. **Educação popular em saúde**, Rio de Janeiro, n. 21, nov./dez. 2001.

VILELA, V. V. **A verdadeira história dos cegos e o elefante**. Percepções e estratégias para as suas inteligências: possibilidades. Disponível em: <http://www.possibilidades.com.br/parabolas/cegos_elefante.asp>. Acesso em: 05 jan. 2007.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. **Health Education & Behavior**, Washington, DC, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1988.

WATT, R. G. Introdução. In: BÖNECKER, M., SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência**: conhecimentos e práticas. São Paulo: Santos, 2006.

WERNECK, M. A. F. **A Saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. 194 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1994.

_____. Bucalidade e existência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 28-31, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29442.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Adm Pública**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 6, p. 47-61, 2000. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/conferencia/9_texto_cidade_saudavel.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2007.

WIKIMÉDIA. **Image:** Vitruvian.jpg. Disponível em: <<http://commons.wikimedia.org/wiki/Image:Vitruvian.jpg>>. Acesso em: 1º abr. 2007.

WIKIPÉDIA. **Tese de Gaia**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3tese_de_Gaia>. Acesso em: 28 jan. 2007a.

_____. **Elefante**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Elefante>>. Acesso em: 05 jan. 2007b.

_____. **Fractal**. Disponível em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Fractal>>. Acesso em: 20 jan. 2007c.

_____. **Reduccionismo**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Reduccionismo>>. Acesso em: 20 jan. 2007d.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – proposição e programação**. Brasília (DF), fev. 2000. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/proposta_sbf_zanetti.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.

ZILBOVICIUS, C. **A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde**: a integralidade seletiva na conjuntura neo-liberal. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GLOSSÁRIO

Alta complexidade - Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia, alto custo e garantem à população o acesso a serviços qualificados quando integrados aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007).

Assistência odontológica - Dentro de seus limites, visa produzir melhores níveis de saúde na cavidade bucal do conjunto da população. Ela é imprescindível, pelo menos, para o alívio do sofrimento e para a obtenção de algum conforto, além de ser condição para a integralidade na prática odontológica. Aqui se refere ao conjunto de procedimentos clínicos cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, sejam doentes ou não (NARVAI, 2007).

Atenção básica - Corresponde a um conjunto de ações individuais ou coletivas e localiza-se no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Tem como base os pressupostos do SUS presentes na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 (BRASIL, 1990a).

Bucalidade - É a dimensão daquilo que é bucal, do erotismo e da linguagem, tendo a boca como o local de entrada do mundo no corpo (como a alimentação, a sexualidade, etc.) e de saída do corpo para o mundo (por exemplo, na comunicação). Fala-se de uma boca produtora de subjetividades (BOTAZZO, 2000).

Cartesiano - É um modo de processo de conhecimento racional que implica uma série de operações de decomposição da coisa a se conhecer, buscando reduzi-la às partes mais simples. Conhecer implica uma etapa inicial de fragmentação e, para Almeida Filho (2004), significa a destruição da coisa a ser transformada em objeto de conhecimento.

Controle social - Assegurado pela lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a), é efetivado por meio dos conselhos e das conferências de saúde, que existem nas três esferas de governo. Os conselhos

são permanentes e as conferências ocorrem a cada quatro anos. A descentralização estabelece a cooperação financeira, as transferências de recurso e a remuneração de serviços de acordo com a atribuição de cada esfera de governo (BRASIL, 2000).

Cuidado em saúde - São as relações individuais e sociais que configuram, constroem e criam as relações de saúde. É resultado de processos complexos de produção do trabalho de diversas pessoas, coletivos, organizações e instituições (BRASIL, 2005b).

Cultura - Foi aqui compreendida como um complexo de padrões de comportamento, de crenças, de manifestações intelectuais, transmitido coletivamente e típico de uma sociedade (FERREIRA, 1999).

Desenhos organizativos de atenção à saúde - São empregados no sentido de que cada realidade é revelada pela análise da combinação de um conjunto de recursos tecnológicos e de modalidades assistenciais, ordenados como estratégia institucional para a atenção da saúde das pessoas e das populações e para a gestão das ações e sistemas de saúde (BRASIL, 2005b).

Desigualdades no trabalho - Referem-se à existência de valores e normas sociais que hierarquizam e disciplinam as diferenças técnicas entre as profissões (PEDUZZI, 2001).

Determinantes - São pré-requisitos para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

Dialógica – Entendida aqui no sentido de caracterizar o verdadeiro encontro com as pessoas e experiências, no dinamismo que configura a vida, que é fundamentada no encontro e na relação (CHAUI, 1994).

Disciplinaridade - A expansão da nascente prática institucional da ciência, com suas sociedades e academias, produziu campos disciplinares rigorosamente delimitados, como se fossem territórios inexplorados, demarcados e apropriados por seus desbravadores. Na arena científica, mais e mais se valorizava a especialização, tanto no sentido de criação de novas disciplinas científicas quanto na direção de subdivisões internas nos próprios campos disciplinares. Essa estratégia de organização histórico-institucional da ciência, baseada na fragmentação do objeto e em uma crescente especialização do sujeito científico, tem sido designada como disciplinaridade. A palavra disciplina conota organização, rigor, ascetismo, continuidade ou perseverança no enfrentamento de problemas. O antônimo, indisciplina, refere-se, em geral, a um defeito de conduta de alguém que não segue as regras ou que carece de efetividade por excessiva dispersão. Disciplina, inicialmente, significava a ação de aprender, de instruir-se; posteriormente, veio a conotar o ensino-aprendizado em geral, incluindo todas as formas de educação e formação (ALMEIDA FILHO, 2006).

Divisão Capitalista do Trabalho - Diz respeito às especializações dos saberes e das intervenções entre as variadas áreas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Divisão social do trabalho - Na sociedade capitalista, é caracterizada pela divisão em classes, onde há a ruptura da integração entre o significado e o sentido da ação. O sentido pessoal da ação não corresponde mais ao seu significado. Assim, sob relações sociais de dominação, o significado e o sentido das ações podem separar-se, tornando-as alienadas (BASSO, 1998).

Educação em saúde – Na prática, a educação em saúde, para Candeias (1997), constitui uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, que podem ser realizadas em ambientes como: escola, local de trabalho, ambiente clínico. Não se pode confundir com informação em saúde, visto que procura desencadear mudanças do comportamento individual.

Educação Permanente em Saúde - Pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta submete a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e se coloca em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005).

Educação popular - Pode ser entendida como projeto pedagógico que visa valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre os diferentes atores sociais, e tem compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico (VASCONCELOS, 1998).

Empoderamento - Tem origem no vocábulo inglês *empowerment* e traz na sua raiz o significado de poder, ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, individual e coletivamente, visando à eficácia política, à melhoria da qualidade de vida e à justiça (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988).

Entrevista semi-estruturada - É caracterizada pela não imposição de uma ordem rígida de questões; o entrevistado discorre sobre o tema proposto e, havendo clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão. Neste tipo de entrevista, não há necessidade de uma sequência rígida quanto aos assuntos a serem abordados porque esta é determinada, geralmente, pelas preocupações e ênfases que emergem da fala dos entrevistados ao se discutir o assunto em questão (MINAYO, 2006).

Eqüidade - a palavra eqüidade, no seu aspecto semântico, está bem próxima à palavra igualdade, podendo até constar como seu sinônimo. No contexto do mundo contemporâneo, onde são flagrantes as desigualdades socioeconômicas, remete à discussão sobre desigualdade justa (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005), de forma que a eqüidade tem o objetivo de reduzir as disparidades regionais e sociais em busca de equilíbrio (BRASIL, 2000).

Fitoterapia - É uma “[...] terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006a, p. 18).

Fractal - É um objeto geométrico que pode ser dividido em partes, cada uma das quais semelhantes ao objeto original. Diz-se que os fractais têm infinitos detalhes, são geralmente auto-similares e independem de escala. Em muitos casos um fractal pode ser gerado por um padrão repetido, tipicamente um processo recorrente ou iterativo (WIKIPÉDIA, 2007b).

Hierarquização - Os serviços são organizados em níveis de complexidade, dispostos em espaços geográficos determinados e população definida. Isso implica a capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem

como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolubilidade dos problemas em saúde (BRASIL, 2000)

Holística - Provém de *holos* que no grego significa totalidade. É a compreensão da realidade que articula o todo nas partes e as partes no todo, pois vê tudo como um processo dinâmico, diverso e uno (BOFF, 2004).

Homeopatia - Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciado por Hipócrates no século IV a.C. (BRASIL, 2006a).

Interdisciplinaridade - Designa um campo de indagações que se evidencia desde a Grécia antiga, onde o ideal da educação era o saber da totalidade (WESTPHAL; MENDES, 2000)

Intersetorialidade - É a articulação de saberes e de experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retorno social, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social (JUNQUEIRA, 1998).

Materialista - Pressupõe que a matéria (átomos, partículas elementares, vácuo quântico, etc.) constitui uma realidade consistente. Não compreende que a matéria é energia estabilizada, cheia de interações complexas (BOFF, 2004).

Mecanicismo – É a concepção de que o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia molecular e celular e o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito do funcionamento (CAPRA, 1982).

Medicina Tradicional Chinesa - Caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e valoriza a inter-relação harmônica entre as partes, visando à integridade (BRASIL, 2006a).

Mercantilização - Processo pelo qual a atenção médica passa a ser uma mercadoria como outra qualquer submetida às regras de produção, financiamento e distribuição do tipo capitalista (MANFREDINI; BOTAZZO, 2006).

Modelo de atenção - É a combinação de técnicas e tecnologias individuais e coletivas, em razão de uma racionalidade ou de uma espécie lógica que orienta uma ação (PAIM, 2003).

Modelo de atenção odontológica – Como é observado por Narvai (2007), não pode ser confundido com a própria prática odontológica e nem com fórmula ou receita a ser copiada ou com algo definido.

Multiprofissional - Considera-se aqui trabalho em equipe multiprofissional como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético (PEDUZZI, 2001).

Necessidade percebida - É um conceito com base sociológica, no qual as necessidades dependem das crenças, conhecimento e critérios de valor, desta forma é inaceitável considerar a saúde bucal somente pela ótica do profissional (BRADSHAW, 1972 apud PINTO, 2000).

Níveis de atenção primários - Não se deve ter a idéia de que a atenção primária apresenta menor grau de dificuldade ou conhecimento, deve-se compreender que este nível necessita de conhecimentos mais abrangentes e de determinação múltipla sob a lógica da multicausalidade (CAMPOS, 2003).

Odontologia e saúde bucal - São expressões muito próximas, mas que não se referem absolutamente ao mesmo objeto (NARVAI, 2007). A Odontologia é derivada da Medicina que, por não entender do objeto boca, renegou-o à Odontologia; esta, porém, tem recebido muitas críticas, especialmente a de ter colaborado para a disciplinarização da boca (BOTAZZO, 2006).

Pacto de Gestão - Estabelece as responsabilidades de cada ente federado diminuindo as competências concorrentes e tornando mais claro quem deve fazer o quê. Desse modo contribui para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. São suas prioridades: definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS (nos níveis federal, estadual e municipal); estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006b).

Pacto em Defesa do SUS - Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que como política de governo e de defender, vigorosamente, os princípios basilares do SUS inscritos na Constituição Federal (BRASIL, 2006b).

Pacto pela Vida - Está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos nos objetivos dos processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Prioridades para 2006: saúde do idoso, câncer de colo e útero e de mama, mortalidade materna e infantil, doenças emergentes (com ênfase em dengue, tuberculose, malária e influenza), promoção da saúde e atenção básica (BRASIL, 2006b).

Paradigma – Aproxima-se da idéia de modelo. Representa uma forma simplificada e esquemática de expressar a realidade, um objeto artificial ou abstrato-formal criado para reproduzir, nas suas leis e em seus efeitos, os fenômenos relacionados com os objetos reais ou empíricos (PAIM, 1997).

Promoção da saúde – É o processo de capacitação da comunidade para melhorar sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A saúde não é um objetivo da vida, mas um recurso para a vida. Não é tarefa exclusiva do setor da saúde, portanto todas as políticas sociais (educação, habitação, transporte, cultura entre outras) e econômicas, quando definidas e executadas para favorecer melhores condições de saúde e de vida da população, com o fim de alcançar a equidade, a justiça social e os direitos de

cidadania, podem ser consideradas políticas públicas saudáveis. A implementação de políticas com esse cunho é fundamental para a criação de espaços e cidades saudáveis (OMS, 1986).

Promoção da saúde na escola - É uma prioridade para a OPAS, pois a escola é um lugar privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e/ou adolescentes em uma etapa crítica do crescimento e do desenvolvimento, como também um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade escolar. A saúde não é seu único objeto (CERQUEIRA, 2006).

Pró-Saúde – Desenvolvido por meio da Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi pensado inicialmente para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. Visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família. Sua criação resultou da constatação do distanciamento existente entre o mundo acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde, que vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados e formados com capacidade de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade, um programa como este tem grande relevância (BRASIL, 2005a).

Realismo - Seria a forma de se imaginar que as realidades existem como objetos independentes do sujeito que as observa, o realismo não inclui nele o fenômeno da subjetividade, da consciência, da vida e da espiritualidade (BOFF, 2004).

Reduccionismo - Em filosofia, é o nome dado a teorias correlatas que afirmam que objetos, fenômenos, teorias e significados complexos podem ser sempre reduzidos a suas partes constituintes mais simples a fim de explicá-los (WIKIPÉDIA, 2007c).

Regionalização - Visa à organização, à união e à parceria entre os estados e municípios, o que pode ocorrer em forma de consórcio.

Saúde bucal coletiva - É o campo de conhecimentos e práticas que integra um conjunto mais amplo identificado como saúde coletiva, e que, a um só tempo, compreende também o campo da Odontologia, incorporando-o e redefinindo-o, por esta razão o transcende (FRAZÃO; NARVAI 2006).

Serviço - produz diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo assistencial de saúde antevisto como projeto técnico e social (BRASIL, 2005b).

Sistema de livre demanda - Pressupõe livre acesso aos serviços de urgência (NARVAI, 2007).

Sistema incremental - Caracteriza-se pela completa eliminação de necessidades básicas de tratamento (especialmente, extrações dentárias e restaurações, através do denominado tratamento completo inicial nas crianças de idades menores da população alvo, geralmente de 6 a 14 anos). Essas crianças, integrantes da população alvo, compõem um grupo denominado compulsório, porque quando a criança termina o tratamento passa a integrar um grupo de manutenção. É considerado difásico porque envolve duas fases: a preventiva e a curativa (NARVAI, 2007).

Tecnologia em saúde - Para Cecílio e Merhy (2003), a tecnologia em saúde se divide em: dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações. A leve-dura refere-se aos saberes profissionais bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente.

Termalismo - Compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, com atuação complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006a).

Trabalho odontológico - assemelha-se a qualquer outro trabalho humano, pois surgiu para satisfazer às necessidades humanas. Com o passar dos séculos, o processo de trabalho foi se tornando mais complexo e com acentuada divisão técnica, produto do desenvolvimento científico. Na Odontologia, historicamente, este trabalho era descrito como técnico e isolado em um ambiente restrito do consultório. A revolução industrial criou, no campo odontológico, condições para a rápida transformação do processo de trabalho e seu sujeito. Logo apareceram diferentes especialistas, dividindo tecnicamente o trabalho no sentido horizontal e de pessoal auxiliar: o protético (Técnico de Prótese Dentária - TPD), o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o Técnico de Higiene Dental (THD). Atualmente, a prática odontológica pode ser realizada além dos limites do consultório odontológico, o cirurgião-dentista que trabalhava isoladamente vem cedendo lugar à equipe de saúde bucal (NARVAI, 2007).

Transdisciplinar/transdisciplinaridade - Sustenta-se na relação entre as ciências como rede de instituições do campo científico e como modo de produção do conhecimento. A transdisciplinaridade pode ser vista como processo, estratégia de ação, modalidade de prática e como caráter instrumental e via de transformação da “ciência normal” em ciência “revolucionária” (ALMEIDA FILHO, 2006).

Universalidade - Propõe o desafio da oferta de serviços e ações de saúde a todos aqueles que necessitem, com ênfase nas ações preventivas e na redução do tratamento de agravos (BRASIL, 2000).

Usuário - O termo usuário coloca o indivíduo que procura o serviço de saúde em posição ativa. Alguns educadores populares consideram que o termo paciente é a deformação do usuário.

Utopia - Projeto irrealizável; quimera; fantasia (FERREIRA, 1999).

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

Sobre o entrevistado:

- Sua participação é no SUS, movimentos sociais ou ambos?
- Área de atuação.

Sobre a pesquisa:

- Integralidade.
- Integralidade e saúde bucal.
- Integralidade, saúde bucal e SUS.
- Integralidade, saúde bucal e movimentos sociais.
- Estratégias de ação na saúde bucal – SUS e movimentos sociais.
 - o Políticas públicas.
 - o Práticas.
- Indicação para a participação na pesquisa.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelos telefones 62-35211075 ou 62-35211076.

Informações sobre a pesquisa

Título do projeto: “Integralidade e Saúde Bucal nos Movimentos Sociais e no SUS”.

Pesquisadora: Tatiana Oliveira Novais – RG 3673079 SSP GO

Telefones: 62-35482041 / 62-92916959

E-mail: tatinovais@gmail.com e tati_novais@yahoo.com.br

Orientadora: Vânia Cristina Marcelo

Telefone: 62-32125494

- Esta pesquisa tem como objetivo Conhecer a percepção dos participantes dos movimentos sociais e do SUS sobre as possibilidades de ação da saúde bucal na busca da integralidade no SUS e nos movimentos sociais.
- Você será entrevistado e sua entrevista será gravada.
- Você responderá perguntas referentes às suas percepções sobre o tema de pesquisa.
- Você não será identificado pelo nome. Durante a entrevista, ou mesmo depois de respondê-la, poderá retirar suas informações a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a você.

Tatiana Oliveira Novais

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG / CPF _____, concordo em participar da pesquisa “Integralidade e Saúde Bucal nos Movimentos Sociais e no SUS”. como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Tatiana Oliveira Novais sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me leve a qualquer penalidade.

Nome do sujeito: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Observações: _____

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UFG**

PROTOCOLO: 046/06

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação:

- Título do projeto: Integralidade e Saúde Bucal nos Movimentos Sociais e no SUS
- Pesquisador responsável: Tatiana Oliveira Novais – aluna de mestrado da FO-UFG
- Coordenador responsável: Vânia Cristina Marcelo
- Instituição onde será realizada: Faculdade de Odontologia / UFG
- Área de concentração: Clínica Odontológica
- Linha de pesquisa: Promoção de saúde bucal
- Data de apresentação ao COEP: 26/06/2006

II – Objetivos: Apreender os diferentes significados atribuídos pelos participantes dos movimentos sociais e do SUS acerca de integralidade em saúde bucal. Conhecer a percepção dos participantes dos movimentos sociais e do SUS sobre a saúde bucal no SUS e nos movimentos sociais, e sobre as possibilidades de ação na saúde bucal com vistas ao princípio da integralidade no SUS em Goiás.

III – Sumário do projeto:

- Descrição e caracterização da amostra: Serão entrevistados gestores, trabalhadores e professores universitários, participantes da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e do SUS.
- Critérios de inclusão e exclusão: Serão incluídos gestores, trabalhadores e professores universitários, participantes da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) e do SUS, e, excluídos, os que não pertencerem ao ANEPS e ao SUS.
- Desenho do projeto: Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, cujo referencial teórico é conhecer o conjunto de elementos da realidade apreendidos pela senso-percepção dos sujeitos pesquisados.
- Adequação da metodologia: Neste estudo serão utilizados como fontes de dados: entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, diário de campo e dados obtidos em oficina realizada no IV Fórum Nacional de Educação e Saúde e II Seminário Nacional de Educação Popular e Saúde.
- Análise dos dados: As entrevistas e apontamentos do diário de campo serão analisados segundo a técnica de interpretação de textos (BARDIN, 1977). Faz-se a análise de conteúdo temático, que consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência podem significar algo para o objeto

analítico visado. Será feita a pré-análise, seleção das unidades e o processo de categorização identificando núcleos de sentido segundo os requisitos de “homogeneidade, exaustão, exclusividade, objetividade e adequação ao conteúdo e objeto”.

- Adequação das condições: Não consta no protocolo onde será realizada a pesquisa (o diário de campo), nem tampouco onde serão feitas as gravações das entrevistas.

IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

- Estrutura do protocolo: O protocolo é adequado e relevante à saúde social, física e mental dos sujeitos envolvidos na pesquisa e está bem fundamentado quanto à metodologia e a obtenção de resultados. Na folha de rosto do CONEP não foi preenchido o item 9. No projeto também não conta o número de sujeitos participantes da pesquisa.
- Análise de riscos e benefícios: a pesquisa proposta não apresenta riscos para os sujeitos envolvidos na mesma. Os resultados encontrados poderão nortear profissionais em ações de saúde bucal na busca da integralidade (atos preventivos e curativos individuais e coletivos), melhorando desta forma o atendimento de pacientes atendidos pelo SUS.
- Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: De acordo
- Forma de obtenção do termo de consentimento: Minutos antes da entrevista será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja assinado. (p. 39 do projeto)
- Privacidade e confidencialidade: A autora garante a privacidade e confidencialidade dos sujeitos das entrevistas. Os resultados da pesquisa serão divulgados em dissertação de mestrado e em eventos da área de odontologia e saúde coletiva, e publicados sob forma de artigos em revistas científicas. Cinco anos após a publicação dos dados as gravações e as transcrições das entrevistas serão destruídas.

V - Parecer do COEP: aprovado com recomendação. Faz-se necessário relatar o número a de sujeitos a serem entrevistados para a pesquisa.

VI – Data da reunião: 10/10/ 2006

Assinatura do relator



Assinatura do coordenador/COEP

