

**Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Moisés Francisco Vieira Netto

**A Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos
Adolescentes no Espírito Santo - Brasil**

Vitória, outubro de 2007.

A Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos
Adolescentes no Espírito Santo – Brasil

Moysés Francisco Vieira Netto

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória, novembro de 2007.

A Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no Espírito Santo - Brasil

Moisés Francisco Vieira Netto

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, sob a orientação do Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira.

Aprovada em ____/____/____ por:

Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira - Orientador, UFES

Prof^a. Dr^a. Antônia de Lourdes Cobari, UFES

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, novembro de 2007

Vieira Netto, Moysés Francisco, 1974

A Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no Espírito Santo – Brasil. [Vitória] 2007.

xii, 137p., 29,6 cm (UFES, M. Sc., Saúde Coletiva, 2007)

Dissertação, Universidade Federal do Espírito Santo, PPGASC.

I. Políticas de saúde

I. PPGASC/UFES.....II. A Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no Espírito Santo – Brasil.

Para toda a minha família que sempre
acreditou em meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela companhia, zelo e cuidado. Por renovar em mim, a cada dia, a fé e a esperança no fazer melhor e no conseguir e vencer. Toda vontade e força de estudar e trabalhar vem Dele e, sem Ele, nada existiria.

À Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo pelo apoio, em especial, aos meus colegas de trabalho, em especial, amigos da coordenação estadual de saúde bucal.

À FUNDACENTRO/ES, na pessoa da amiga e diretora Marizete Lima, pela atenção sempre dispensada contribuindo, assim, para a realização desse estudo.

Aos cinqüenta e quatro coordenadores municipais de saúde bucal pela participação no trabalho e compreensão da relevância do objeto da pesquisa para todos nós que estamos envolvidos diretamente com a gestão dos serviços públicos de saúde bucal no estado.

Ao professor Aduino Emmerich, amigo e companheiro, pelo entusiasmo, dedicação e ricas orientações que me propiciaram trilhar por caminhos de saberes que me fizeram mais humano e contribuíram para o entendimento de uma odontologia ainda mais social e cidadã.

A todos os professores do mestrado que, de alguma forma, contribuíram em meu processo de aprendizagem e na construção deste estudo. Em especial aos professores da banca de qualificação pela condução do diálogo e encaminhamentos.

Aos meus amigos de turma, pelo prazer da amizade que fica e a lembrança das dificuldades vencidas, do companheirismo e do bom convívio.

“Tudo quanto te vier à mão para fazer, faze-o conforme todas as tuas forças, pois, para a eternidade para onde tu vais, não há obras, nem projetos, nem conhecimento, nem sabedoria alguma”.

Rei Salomão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 ODONTOLOGIA: PELOS CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL E DA CIDADANIA.....	21
CAPÍTULO 2 SAÚDE BUCAL COLETIVA: A ODONTOLOGIA NO CAMPO SOCIAL.....	26
CAPÍTULO 3 O ADOLESCER: PELO DIREITO À SAÚDE BUCAL E PELA VIOLÊNCIA.....	33
3.1 O RECONHECIMENTO LEGAL DA ADOLESCÊNCIA.....	34
3.2 A SAÚDE BUCAL E A VIOLÊNCIA NO ADOLESCER.....	37
3.3 OBJETIVO DO ESTUDO.....	44
CAPÍTULO 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	45
4.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	46
4.1.1 (Re) pensando a Violência no Campo da Saúde.....	50
4.2 VIOLÊNCIA ESTRUTURAL: O ESTADO PRODUZINDO ÓRFÃOS.....	52
4.3 O GLOBALISMO E A DISSOLUÇÃO DO ESTADO-SOCIEDADE.....	55
4.4 MODERNIDADE E VULNERABILIDADE.....	61
CAPÍTULO 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	65
5.1 DESENHO DO ESTUDO.....	66
5.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	69
5.2.1 Caracterização dos Municípios.....	69
5.2.2 Caracterização dos Sujeitos.....	72
5.3 COLETA DE DADOS.....	73
5.4 ANÁLISE DO MATERIAL.....	75
CAPÍTULO 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	78
6.1 A SAÚDE BUCAL E O CAMPO DAS PRÁTICAS.....	78
6.2 O PROCESSO E TRABALHO ODONTOLÓGICO E A	

VIOLÊNCIA ESTRUTURAL.....	87
6.2.1 A Atuação das Coordenação de Saúde Bucal como produtoras da violência.....	91
6.2.2 A Fragilidade Política do Cirurgião-Dentista ante a vontade Política dos Gestores.....	96
6.2.3 Os Locais de Risco.....	98
CAPÍTULO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXOS.....	116

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Índice CPO-d – índice de dente cariado, perdido e obturado

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG`s – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI – Programação Pactuada Integrada

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este estudo trata da problemática das condições de saúde bucal dos adolescentes brasileiros por meio de uma abordagem social e uma relação íntima com o processo de violência estrutural mediante percepções, conhecimentos e atitudes dos coordenadores municipais de saúde bucal do Espírito Santo (ES) ou referências técnicas na área. Em termos teóricos, fundamenta-se nos estudos sobre a violência estrutural e sua relação com a saúde e, mais especificamente, na teoria de Minayo sobre as manifestações dessa modalidade de violência, levando em conta que, no mundo contemporâneo, o enfrentamento da violência precisa considerar que não existe uma violência, mas que a violência é múltipla. Assim, suas manifestações têm alcançado as gestões públicas que omitem, negligenciam e até excluem pessoas ou grupos de pessoas do direito à vida com qualidade, do pleno exercício da cidadania. A saúde bucal é uma vítima das gestões públicas excludentes e ineficientes que incidem em grandes prejuízos sobre os adolescentes. Os resultados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro, realizado pelo Ministério da saúde em 2003, "SB Brasil", revelaram a necessidade do estudo com os adolescentes que aos dezoito anos possuem apenas metade dos dentes, um problema relevante e um exemplo de violência estrutural (institucional). É um estudo de caso e uma investigação exploratória com um enfoque interpretativista por meio da sociologia compreensiva, fundamentada nos princípios da filosofia comunicativa. Então, o estudo compreende a violência estrutural cujo recorte está em sua manifestação sobre as condições de saúde bucal dos adolescentes, com prioridade para entender a realidade vivida socialmente desses sujeitos e suas relações com a organização (gestão) dos serviços públicos odontológicos municipais do ES. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem quantiquantitativa com base nas propostas do método de triangulação, com a interlocução dessas abordagens e a participação do pesquisador, defendidas pelos pesquisadores Minayo, Assis e Souza. Um ponto relevante apurado foi o desconhecimento das coordenações municipais de saúde bucal do ES quanto à dimensão dos problemas de saúde

bucal com os adolescentes e a estreita relação desses com o processo de trabalho odontológico. As coordenações não estão sensíveis à percepção do problema nem percebem a manifestação da violência em seus atos como gestores. Eis, então, um campo fértil e produtivo de violência estrutural que, de forma “oculta”, tem se firmado como prática cotidiana, como se não fosse violência, ou mesmo, como se não existisse medida capaz de detê-la. Durante a pesquisa, apareceram problemas diversos, cuja relevância e complexidade não puderam ser exploradas neste trabalho, pois necessitam de outras pesquisas que estabeleçam relações mais profundas de estudo.

Palavras-chave: violência estrutural; saúde bucal dos adolescentes; coordenação municipal de saúde bucal.

ABSTRACT

This study deals with the problematic of the conditions of buccal health of the Brazilian adolescents by means of a social approach and a close relation with the process of structural violence by means of perceptions, knowledge and attitudes of the municipal coordinators of buccal health of Espírito Santo (ES) or references techniques in the area. On theoretical terms, it bases on the studies on the structural violence and its relation with the health and, more specifically, on the theory of Minayo on the manifestations of this modality of violence, considering that, in the contemporary world, the confrontation of violence needs to consider that it does not exist itself in a lonely scene, but as a multiple violence. This way, its manifestations have reached the public administrations that omit, neglect and even exclude people or groups of people from the right to life-quality, from the full exercise of the citizenship. The buccal health is a victim of the exculpatory and inefficient public administrations that collide in big damages on the adolescents. The results of the last survey of the conditions of buccal health of the Brazilian, carried through for the Health department in 2003, "SB Brazil", had disclosed the necessity of the study with the adolescents, which in the age of eighteen years possess only half of teeth, a relevant problem and an example of structural violence (institucional). It is a study of case and a exploratory inquiry with a interpretativist approach by means of the comprehensive sociology, based on the principles of the communicative philosophy. Then, the study it understands the structural violence whose clipping is in its manifestation of the conditions of buccal health of the adolescents, with priority to understand the social reality lived by these citizens and its relations with the organization (management) of the public dental services from the cities of Espírito Santo. It is treated, therefore, as one research of quantity and quality approach on the basis of the proposals of the triangulation method, with the interlocution of these boardings and the participation of the researcher, defended by the researchers Minayo, Assis and Souza. An important point was the unfamiliarity of the municipal coordinations of buccal health ES concerning the dimension of the problems of buccal health with the adolescents

and the narrow relation of these with the process of odontological work. The coordinations are not sensible to the perception of the problem nor perceive the manifestation of the violence in its acts as managers. So, here it's a fertile and productive field of structural violence that, in a "occult" form, has firmed as practical daily, as if it was not violence, or same, as if it did not exist measured capable it withhold it. During the research, diverse problems appeared, which relevance and complexity could not have been explored in this paper, because they need others researchs that establishes deeper relations of study.

Key-word: structural violence; buccal health of the adolescents; municipal coordination of buccal health.

INTRODUÇÃO

“Não tem nada pior do que uma menina de 18 anos, 19 anos, não poder mais sorrir, não poder conversar de forma mais aberta com seu namorado, ou com seus amigos [...] Ninguém vai sorrir se não tiver dente na boca, essa pessoa vai ficar com vergonha”.

Luiz Inácio Lula da Silva

Este estudo adveio da necessidade de conhecer o cotidiano do trabalho dos coordenadores municipais de saúde bucal, com um enfoque na organização dos serviços odontológicos. Nessa perspectiva, meu interesse estava centrado no acesso aos serviços dos adolescentes, tanto de promoção quanto de assistência ambulatorial, o que nos mostraria, de certa forma, o grau de sensibilização dos coordenadores municipais para a necessidade urgente de práticas prioritárias a esse grupo etário e à manifestação da violência estrutural. Havia algum tempo esse assunto era uma das minhas inquietações ante a coordenação estadual de saúde bucal do estado do Espírito Santo (ES). Pude acompanhar muito de perto o processo de diagnóstico das condições de saúde bucal do brasileiro, realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, constatar as péssimas condições de saúde bucal dos adolescentes e testemunhar a inércia dos serviços odontológicos municipais diante do problema. O enfrentamento das manifestações da violência também se configurava como um grave problema de saúde pública, quando no oitavo Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), no Rio de Janeiro, recebemos um manifesto em favor da segurança cidadã e contra a violência. Era a comunidade científica, os profissionais e gestores da área da saúde que alertavam a todos da evidência de uma crise profunda de segurança pública e de multimanifestações (ABRASCO, 2006).

O problema em questão estava, portanto, muito próximo do meu fazer diário e, concomitantemente, distante demais do “poder fazer”. Apesar de conhecer o problema e estar sensível a ele, a prática odontológica municipal centra-se ainda no assistencialismo, na tentativa do tratamento das doenças, com a oferta de

serviços básicos de saúde bucal sem um diagnóstico prévio e um planejamento adequado. Além disso, os programas municipais de saúde bucal coletiva, com ações de promoção, prevenção e educação, continuam voltados, em sua maioria, a escolares e subsistem com muita precariedade, sem o apoio dos gestores e a conscientização de professores, pais e responsáveis.

No Brasil, a saúde bucal é um problema que persiste desde as suas origens. A história mostra que não fomos educados a valorizar os cuidados mais elementares com a boca. Os currículos de graduação e as Entidades de Classe Odontológica só, muito recentemente, reconheceram a promoção e a prevenção como importantes ferramentas para o trabalho do Cirurgião-Dentista no mundo contemporâneo. “A odontologia preventiva seduziu inicialmente apenas alguns setores universitários. Passou por críticas, a ponto de ser vista como coisa de poeta ou ainda coisa de comunistas” (NARVAI, 2002, p. 40). Mas a Carta de Ottawa elege a prevenção e a educação para a saúde como pontos centrais para a consolidação de políticas públicas e a melhoria da saúde das populações (MENDES, 1996).

Os conceitos da odontologia preventiva foram assimilados de forma muito lenta e equivocada, pois, dos anos setentas aos oitentas, observa-se uma odontologia extremamente curativa e um modelo vigente cirúrgico/restaurador (KRIGER, 1997). Nos anos seguintes, a prevenção estava restrita às ações preventivas individuais, contra um novo conceito de saúde, de concepção holística e ecológica, que enfatizavam a inter-relação e a interdependência essencial de todos os fenômenos. Então, as práticas odontológicas privaram a odontologia de se desenvolver como campo de um saber médico/científico, a qual não apenas cuidasse da saúde bucal, mas, do indivíduo de forma integral.

Atualmente se vive em um país cujas realidades na área da saúde bucal são marcadamente muito cruéis. Os índices de doenças cárie e gengival e a perda precoce dos dentes por extração (edentulismo) traçaram o perfil de uma demanda

(que parece infundável) de brasileiros com as bocas doentes e “banguelas”, excluídos do direito ao pleno desenvolvimento e à cidadania, sem muita perspectiva de qualidade de vida futura.

O último levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal do brasileiro, “SB Brasil 2003”, contou com a participação de 2000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, entre outros) de 250 municípios envolvidos. No Espírito Santo, além da capital Vitória, o município de Conceição do Castelo também participou da amostra. A coleta de dados se deu no período de 2002 a 2003, cujos resultados principais foram divulgados pelo MS em 2005. Ela demonstrou que 14,4% dos brasileiros já perderam todos os dentes; no mínimo, 26,6 milhões de desdentados.

Com base nesse estudo, o adolescente é considerado seguramente como o retrato fiel dessa demanda (reprimida) a qual não consegue atendimento que lhe assista em suas precárias condições de saúde bucal. Entre os adolescentes de quinze e dezenove anos estão os números mais alarmantes, tanto as doenças cárie como a gengival, acabam por submetê-los a procedimentos odontológicos mutiladores, assim o indivíduo chega aos dezoito anos apenas com 55% dos dentes presentes na boca (BRASIL, 2005a). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1996), no Brasil são aproximadamente 34 milhões de adolescentes, cerca de 21% de toda a população brasileira. Apesar desse quantitativo, esse grupo tem ainda pequena expressão como demanda de saúde (AYRES, 1990).

Diante desse quadro, nota-se que a oferta do serviço público odontológico não tem sido resolutive. Assistimos, a todo o instante, aos reflexos do problema, principalmente, em face de filas, balcões, números e prontuários os quais nunca dão conta da demanda. Quando chega ao sistema de saúde, o adolescente, além de ter acesso precário, recebe um tratamento extremamente mutilador, voltado

para o seu problema emergencial: a doença, mas não um tratamento para com o cuidado da sua saúde.

Evidencia-se, mesmo que preliminarmente, que os gestores da saúde pública odontológica no Espírito Santo necessitam estar atentos e sensíveis às mais variadas formas e manifestações de exclusão e omissão institucional. Como se não bastasse o grande problema da saúde bucal dos adolescentes, muitos vivem, ainda, submissos a comunidades em moradias inadequadas, a estigmas, a preconceitos, à falta de qualidade no ensino, a relações familiares e interpessoais fragilizadas e a restrições severas ao consumo de bens e serviços. “[...] Estamos diante de uma violência institucional indiscutível, de um sistema de saúde que fecha os olhos em relação à própria violência que chega nele, exercendo uma forma de violência” (BRASIL, 2006). Certamente, não é coincidência o Brasil ser, vergonhosamente, o terceiro no mundo em mortes de jovens por homicídio e outras formas de violência e reconhecido como o país com a pior distribuição de renda e como o “país de desdentados” (MCALISTER, 1998; LEVISKY, 2002; MAAKAROUN, 2002).

Nesse contexto, a violência em suas várias manifestações tem atingido a saúde, em especial a área da saúde bucal do adolescente, a qual parece estar conformada como uma norma ou regra do país e de seus órgãos públicos que degrada e impede a evolução deste “quase adulto”. Sobretudo, a violência tem-se apresentada naturalizada como se não houvesse intervenção capaz de reduzir ou sanar o problema, ou mesmo como se não fosse uma forma de violência. É instaurada uma sensação difusa de insensibilidade do Estado propagada por meio de inúmeras modalidades e expressões, motivo de angústia daqueles que estão sensíveis ao problema.

Segundo Bourdieu (1983), determinados assuntos, em momentos históricos específicos, se tornaram “temas consagrados” e sua expressão pública é criada em virtude de alguns fatores que passam a intervir na constituição de sua

relevância. A violência faz parte da gênese da história da humanidade, descrita nas primeiras páginas da Bíblia, na forma do fratricídio entre dois irmãos – Caim e Abel. Por isso, um problema antigo, presente na constituição do ser humano enquanto pessoa e cidadão (FREUD, 1973).

No entanto, nos dias atuais, a violência não é única, e sim múltipla. Poderíamos, então, corroborar que não há violência e sim violências, ou formas e manifestações da violência. Ela não está presente apenas nas chamadas “causas externas”, como os homicídios, mas também em atos que manifestam um “estado de violência” e instituem “mecanismos de negação da cidadania”, denunciam modos de sociabilidade e circunstâncias políticas e econômicas nas quais prospera a violência, que diversos autores estudam e definem como violência estrutural (NUNES, 1999, grifos do autor).

A violência estrutural é uma categoria da violência que

[...] se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e ‘cronificam’ a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois, aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos [...] e se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos [...] (MINAYO, 2006b, p. 81, grifos do autor).

Não obstante, no Brasil, a violência estrutural parece ter encontrado, na organização dos serviços públicos odontológicos, um “campo fértil” para a sua manifestação na forma de violência estrutural. Contraditoriamente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria proporcionar meios para o cidadão viver com qualidade de vida, tem reproduzido, em seus espaços públicos de atuação, omissão, negligência, exclusão, ineficiência (...). Esse sistema acaba por produzir uma imensidão de doentes. O direito constitucional à saúde, em muitas circunstâncias, não consegue aplicabilidade, em face disso ganha também o descrédito da maioria da população que já criou o seguinte chavão: “o SUS é muito bonito, mas no papel”.

Então, uma questão está posta: Como tratar da saúde bucal dos adolescentes em uma sociedade marcada pela desigualdade e exclusão socioeconômica em meio a um cinismo político crônico e irresponsável, a qual tem nas organizações políticas suas formas mais cruéis de atuação e deixa os adolescentes mais vulneráveis e até mesmo ao acaso? O que dizer, fazer e esperar da saúde bucal dos adolescentes?

O questionamento desafia o setor saúde, todos os profissionais da área e a sociedade civil organizada a intervir na redução ou na eliminação das desigualdades detectadas para ampliar acesso e qualidade da atenção. Porém, no âmbito da cidadania, os profissionais deveriam engajar-se muito mais nos processos políticos de transformação social. É fundamental que gestores e administradores da saúde pública conheçam a gravidade do problema e se sensibilizem com ele, considerado como um problema histórico, cultural, social, político e econômico, que acompanha gerações e gerações de brasileiros e persiste em maltratar as pessoas por meio de uma ineficiência organizacional pública, pois viola os próprios princípios e produz doença e violência ao invés de saúde.

O Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, desafia-nos à legitimação legal do direito à saúde integral de todas as pessoas, o que, na prática, é o direito à cidadania. A saúde bucal não pode ser privilégio de alguns; tampouco, exceção de outros, como vem ocorrendo na adolescência. Nessa fase, o indivíduo não pode ter a saúde bucal como um fator de risco ao seu desenvolvimento. Já são muitos os fatores que contribuem para a gênese da violência com os adolescentes, gerando frustrações, marginalizando, perpetuando os conflitos e lesando a integridade familiar (COSTA, 1999). “É dever do Estado empreender todos os esforços necessários para reduzir esses fatores que determinam a violência e comprometem a qualidade de vida das pessoas, para assegurar a plena vigência do Estado de Direito” (BRASIL, 2004, p. 67).

É preciso ficar clara a idéia de que, ao assumir o problema da violência estrutural com os adolescentes, a área da saúde bucal o assume como um importante agravo e uma deficiência em sua área, mas o faz num tom diferente do da lógica com a qual trabalham os cientistas políticos e a segurança pública. A preocupação é com as vítimas e não com a repressão, para atuar na promoção da saúde bucal e na qualidade de vida. Não é propósito deste estudo investigar se a falta de assistência à saúde bucal dos adolescentes tem características de fatores que aumentem a possibilidade de a pessoa ser vítima ou perpetradora de violência, mas é o de investigar o posicionamento sobre o assunto dos principais atores que estão diretamente relacionados com a oferta de serviços públicos odontológicos municipais no estado do Espírito Santo.

CAPÍTULO 1

ODONTOLOGIA: PELOS CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO SOCIAL E DA CIDADANIA

Há poucos anos, a odontologia era uma das práticas de saúde mais elitizadas no País. Sua inserção no setor público se limitava a precários serviços escolares e abomináveis rotinas de extração dos dentes apodrecidos da população mais pobre.

Capistrano Filho

Pensar as relações entre a odontologia e o direito dos adolescentes brasileiros às condições dignas de saúde bucal com um enfoque para a gestão dos serviços públicos odontológicos é o objeto deste estudo. Portanto, é fundamental refletir inicialmente no acesso e na qualidade desses serviços como prática social que recebe influências das diversas formas de manifestações de violência, como a violência estrutural. De certa maneira, pensar essas relações é já situá-las na qualidade de relações sociais cujas práticas se consolidaram historicamente na formação profissional do cirurgião-dentista, com profundos reflexos na gestão pública odontológica no Brasil.

Transitar entre a gestão pública odontológica e o processo de construção social é um desafio premente em nossa sociedade. Sabe-se que tratar socialmente dos problemas de saúde bucal não causa grande entusiasmo e prestígio entre estudantes, professores, profissionais da área e gestores públicos. Uma controvérsia legítima e constitucional, em um país com tantas leis, algumas específicas por garantir a todos os brasileiros o direito universal à saúde, enfim, o direito à cidadania. Muito oportuno, então, o comentário de Botazzo a esse respeito, ao afirmar enfaticamente que “o discurso odontológico não consegue falar de outros objetos que não seja o seu exclusivo, pois é prisioneiro de sua própria disciplina pelo seu isolamento biopolítico, não tendo como recuperar o homem por inteiro” (BOTAZZO, 2000, p. 283).

Para dar conta de compreender o distanciamento da odontologia com o social, é preciso transitar pela história do nascimento da profissão que veio se organizando distante de uma prática enquanto ciência.

A odontologia foi trazida pelos portugueses durante todo o período de Brasil colônia com práticas rudimentares de cirurgiões-barbeiros. O processo de sua aprendizagem ocorria no próprio espaço social, em uma relação informal por meio da observação simples, depois participante, até chegar à execução de tarefas, tais como: cortar cabelo, fazer a barba, prestar certos cuidados médicos e extrair dentes (EMMERICH, 2000).

A atividade odontológica vai-se estruturando simplesmente na qualidade de mais um trabalho artesanal e comercial como tantas outras existentes, consideradas como uma ocupação de baixa estima e posição social. Além disso, para o ingresso na profissão, era aceitável qualquer pessoa, não importava sua condição social. Até mesmo escravos poderiam exercer esse ofício, conseqüentemente, eram “premiados” com o direito a alforria.

A evolução científica da odontologia foi acompanhada pelo desenvolvimento do consumo do açúcar e pelo conseqüente aumento da doença cárie que começava a incomodar a aristocracia e os mais ricos comerciantes, posteriormente, tornando uma epidemia entre os indivíduos pobres, desnutridos, com baixa resistência e alto potencial de disseminação (FERNANDES, 1984). Então, sob os incômodos trazidos por essa doença, a arte dentária inicia-se no Brasil como profissão, quando a palavra “dentista” é escrita pela primeira vez em documentos reais. Escolas são criadas com a vinda de profissionais de formação acadêmica americana e francesa, influenciados pelas ciências médicas e pela hegemonia de uma filosofia positivista que dá ênfase àquilo que se pode medir, calcular e expressar, em detrimento de envolvimento e preocupações sociais e históricas (EMMERICH, 2000).

A normalização da corporação odontológica inicia-se com a criação das Escolas Odontológicas, anexas ao Curso de Medicina do Rio de Janeiro e Salvador, no ano de 1884. Fica confirmada, mais uma vez, a estreita vinculação do surgimento do ensino oficial odontológico ao saber médico institucionalizado. Na verdade, a criação dessas escolas, produzidas pelas elites odontológicas em formação a partir das influências francesa e americana no campo da formação odontológica, gerou um espaço institucional fundamental à reprodução social de uma racionalidade odontológica bem superior à que era exercida pelos leigos no Brasil (EMMERICH, 2000, p. 97).

Dando mais um passo à frente na história, vê-se uma odontologia intimamente influenciada pelo paradigma médico ocidental flexneriano que trazia em seu Relatório (1910) princípios, como: o biologicismo, o individualismo, o mecanicismo, o curativismo, o estímulo à especialização e a tecnificação do ato médico. A investigação social limitava-se à investigação de órgãos e à quantificação de dados. O pensamento filosófico, por exemplo, passa pela ridicularização de referência na sociedade e estigma noções não-positivas como mera especulação, sonhos ou fantasias (MENDES, 1996; CORDÓN, 1981).

A educação odontológica recebeu, então, grande influência do positivismo expresso pelo desenvolvimento de conteúdos técnicos fortemente ancorados nas clínicas ambulatoriais. O ambulatório é o lugar onde certo tecnicismo é produzido e reproduzido. Se as profissões médicas padecem desse desvio tecnicista, é fato que isso atingiu e atinge a odontologia de modo inequívoco e, desde há muito, ouvem-se os reclames dos que pensam faltar ao Cirurgião-Dentista um pouco de “sensibilidade social”, sensibilidade que então o retiraria da frieza dos procedimentos puramente curativistas / restauradores a que aparentemente o exercício da profissão o obrigaria (BOTAZZO, 2003).

Na perspectiva do nascimento da odontologia, devem ser ajuntados dois posicionamentos políticos, esses sim, mais fortemente instituidores das crenças da profissão, como formação ideológica, a saber: sua afirmação na qualidade de uma profissão privatista e do protecionismo ou supervalorização dentária (BOTAZZO, 2003).

O primeiro ponto retira da esfera pública tanto o profissional quanto o paciente. Assim, doença e terapêutica têm relação com as pessoas, sem que interessem necessariamente à sociedade ou ao Estado. O segundo ponto é uma derivação imediata do primeiro. “O protecionismo significou – e ainda significa – a ênfase nos procedimentos cirúrgico-reparadores” (BOTAZZO, 2003).

O processo de institucionalização da profissão odontológica ressalta que a aproximação da corporação profissional com o Estado se deu apenas pela intenção de usar o aparelho estatal para a sua legitimação, na busca de reconhecimento social e maior valorização da sua ciência. Como a prática odontológica não era exercida no espaço público, este se tornou secundário e de menor importância na definição das relações (ZANETTI, 1992).

Há que se ressaltar, então, o contexto histórico de formação da classe odontológica e seus trajetos por caminhos tão distantes dos caminhos da responsabilidade social. A racionalidade positivista sempre impregnada na formação do Cirurgião-Dentista dificulta o profissional no reconhecimento dos fatores que estão por trás dos fatos, da essência ou da diferença do mundo como ele é e como poderia ser (se socialmente construído). Assim, o valor da consciência histórica e do próprio pensamento crítico é ignorado.

Na verdade, se nos dias atuais vivemos problemas de saúde bucal intimamente relacionado com o campo social, seja pela negligência e omissão, seja pela exclusão do direito à cidadania, essa mesma história relatada deve sensibilizar e subsidiar a inversão de modelos e paradigmas que há tempo se tem colocado como uma prática odontológica extremamente tecnicista, uma vez que possuímos grande número de profissionais tecnicamente capazes que usam os mais modernos instrumentais, equipamentos e materiais existentes no mercado, enquanto a população ainda sofre devido às péssimas condições de saúde bucal e ao não-acesso aos serviços públicos de qualidade.

A odontologia brasileira é inegavelmente elogiável tecnicamente, cientificamente discutível e socialmente caótica. Isso tudo está servindo pra quem? Para quantos? Por quê? E qual é nosso compromisso frente às incontáveis legiões de excluídos sociais de todo esse processo odontológico [...]? (GARRAFA; MOYSÉS, 1996, p. 13).

Se a classe odontológica ou aqueles que estão à frente da gestão pública dos serviços de saúde bucal não reconhecem a forte influência do processo histórico de profissionalização da Odontologia e o seu distanciamento como prática social e de direito, estarão certamente coniventes com a violação do processo de proteção social e do direito à cidadania, enfim, do direito à vida.

Neste capítulo, a Odontologia esteve limitada às práticas radicalmente tradicionais com a finalidade de se firmar na condição de uma ciência puramente médica. No entanto, com o agravamento das doenças bucais, era preciso superar o paradigma médico e considerar o cuidado com a saúde bucal como parte imprescindível para alcançar a qualidade de vida do cidadão. Entra em cena, então, a imediata necessidade de entender o paciente como um todo e não em partes, considerando suas condições de vida, enfim, seu contexto social. É a Odontologia percorrendo o campo social e consolidando práticas de saúde bucal coletiva no Brasil.

CAPÍTULO 2

SAÚDE BUCAL COLETIVA: A ODONTOLOGIA NO CAMPO SOCIAL

“As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca”.

Relatório Final da 3ª CNSB, 2004.

Trazer neste capítulo este assunto é avançar por caminhos que ainda estão em construção pelo seu distanciamento com o social e, conseqüentemente, pelos imensos problemas de saúde bucal de milhões de brasileiros. O impacto de todos os problemas socioeconômicos dos brasileiros repercute nas más condições de saúde bucal, ou seja, vive-se em um país de desdentados (ausência dos dentes), mas também em um país de muitas outras ausências vitais para o pleno desenvolvimento do homem, do cidadão. Por isso, paulatinamente, a odontologia vem-se consolidando, gradativamente, como um campo do saber sociopolítico e não apenas um saber marcadamente histórico de priorização técnico-científico-biológico.

Nas últimas décadas, a odontologia experimentou transformações impulsionadas pelo sistema de saúde com novas concepções do processo do adoecer e do paradigma sanitário vigente no Brasil. Na concepção de Nunes, essas transformações constataam uma área que se profissionaliza e necessita ser continuamente completada e avaliada uma vez que o próprio crescimento e desenvolvimento dependem de esforços de diversas naturezas. “Nesse sentido, a idéia de campo subsidia a nossa compreensão da saúde coletiva” (NUNES, 1999, p. 17).

Essa compreensão para a prática odontológica significava romper uma hegemonia predominantemente assistencialista e biomédica, na qual a doença ocorria a começar de uma relação necessária e suficiente entre um agente etiológico específico e um hospedeiro suscetível.

Com base nos fenômenos da transição e acumulação epidemiológica, da inversão da magnitude das doenças infectocontagiosas para doenças e agravos não-transmissíveis e acumulação desses eventos na população, essa concepção restrita sobre a produção da doença torna-se insuficiente para explicar os novos padrões de adoecimento. Assim, é necessária a produção de novas teorias explicativas.

Os efeitos da redução explicativa e a oferta de práticas inadequadas às necessidades de saúde impuseram a necessidade de produzir novos modelos e padrões de oferta de serviços, os quais deveriam produzir maior impacto sanitário e acesso mais equitativo. Esses elementos, no contexto do processo de desenvolvimento capitalista no século XX, foram importantes para a emergência de novos discursos e paradigmas no campo da saúde bucal.

Em resposta às lacunas e deficiências do modelo biomédico, novos paradigmas sanitários são construídos. A promoção à saúde moderna recebe subsídios para ser efetivamente trabalhada em prol da saúde. Existiram dois grandes acontecimentos que foram marcos para a criação e implantação do novo paradigma sanitário brasileiro. Um deles tem como documento de referência o Relatório Lalonde, publicado em 1974. Esse documento, um memorando de discussão produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, sintetizou um ideário que preconiza como eixo central de intervenção um conjunto de ações que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não-saudáveis (BARROSO, 2007). Outro marco foi a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, reunida em Alma Ata, em 12 de setembro de 1978. Expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos

quantos trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos.

Influenciados por movimentos de tão grande repercussão, também são construídos no Brasil novos paradigmas sanitários, entre os quais a Medicina Preventiva (Arouca, 1975), a Saúde Comunitária (Donnangelo; Pereira, 1979), os Sistemas Locais de Saúde (Silva Júnior, 1998), a Promoção da Saúde (Czeresnia; Freitas, 2003) e, na América Latina, em especial no Brasil, a Saúde Coletiva, um movimento de reconstrução do modelo clássico de Saúde Pública, da saúde pública normal (Carvalho, 2003). Nunes (2005) relata que esses movimentos não aconteceram apenas por cumprimento de uma simples burocracia ou semântica, mas, pela percepção de que realmente havia a necessidade de buscar compreender a saúde em um contexto mais amplo, o social.

Para Chaves, no âmbito da saúde bucal, várias caminhos foram trilhados ao longo dos anos. A Odontologia Sanitária foi a primeira tentativa de aproximação da odontologia no campo social, cujo objeto de atenção era a comunidade, entendida como o conjunto de uma população em determinada área geográfica, mais tarde materializada por meio de programas de Sistema Incremental, e assistência exclusiva à escolares, por intermédio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) (CHAVES, 1960, p. 24).

Alguns autores, como Narvai (2002), Zanetti (1992) e Pinto (2000), tecem críticas ao programa da Fundação SESP; no entanto, é consenso entre os autores que, pela primeira vez, a odontologia se aproxima dos serviços públicos como “saúde bucal coletiva”, que passa a contar com uma estrutura organizacional consistente e com uma metodologia facilmente aplicável (RONCALLI et al., 1999; MOYSES; GEVAERD, 2002).

Quando começa a ser praticada a “saúde bucal” e falada essa expressão por todo o Brasil, o que estava ocorrendo era o rompimento de uma Odontologia

puramente simplista, de práticas limitadas ao setor privado, que se fundamentava em ações curativas e individuais e em técnicas sofisticadas, incapazes de restabelecer e manter níveis adequados de saúde bucal da população. Para Narvai, mesmo reconhecendo a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações de saúde bucal que extrapolasse os estreitos limites meramente assistenciais, vale dizer daquilo que normalmente é tido como Odontologia (NARVAI, 2002).

Emmerich (2000) utilizou o “paradigma inadiável” para expressar a necessidade urgente de uma prática odontológica que rompesse com o paradigma vigente de uma Odontologia puramente científica com práticas assistencialista e tecnicista. Acrescenta que a saúde bucal (paradigma inadiável) teve sua consolidação com o processo e conseqüente avanço da Odontologia em saúde coletiva e, como marco importante, a fluoretação da água de abastecimento público. A partir de então, foi possível aproximar a corporação odontológica com o social, desencadeada pelo halógeno flúor, na busca de novas fronteiras para a prática odontológica.

Botazzo et al. (1988) propuseram a expressão saúde bucal coletiva para designar esse campo distinto, pois, segundo eles,

[...] à medida que a odontologia vai tornando-se ‘mais integral’, vai também se tornando cada vez ‘menos odontológico’. Dizendo em outro modo, a prática odontológica realiza a assistência à saúde bucal das pessoas [...] a atenção à saúde bucal compreende, por outro lado, as atividades de assistência individual, mas implica, além disso, também ações sobre as causas das doenças [...] situando-se num campo extra-clínico (BOTAZZO et al., 1988, p. 18).

Referindo-se, ainda, à prática odontológica segundo as concepções da saúde bucal coletiva, Botazzo afirma que a odontologia “moderna” necessita romper o monopólio corporativista, o que implica superar o referencial teórico-metodológico do trabalho individual do Cirurgião-Dentista . E complementa:

Isto não significa a descaracterização da odontologia enquanto prática de saúde específica. Significa, apenas, aproximar-se das outras práticas, significa 'perder-se' no turbilhão do movimento sanitário para encontrar-se revitalizada e fertilizada por outros saberes e reaparecer não mais como odontologia, mas como parte da saúde coletiva, no interior da qual deve ser operacionalizada ou modernizada da sua prática (BOTAZZO, 1989, p. 2, grifos do autor).

Falar, então, de saúde bucal coletiva era a expressão que melhor poderia representar uma odontologia mais moderna que se envolvesse com os problemas sociais e o desafio de superar a dicotomia – prevenção versus tratamento – por meio de princípios norteadores do SUS, tais como a integralidade, a equidade e a universalização das práticas odontológicas. No Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000), cujo tema foi “O Brasil falando como quer ser tratado”, diversas proposições foram discutidas com relação à organização da assistência à saúde bucal. Tendo o SUS como referência, muitas reivindicações foram contempladas, deixando muito claras as reais necessidades de uma política pública de promoção de saúde bucal para a população brasileira.

Nesse caso, deve-se inaugurar um novo ciclo no SUS, com a universalidade, integralidade e equidade na atenção odontológica da nossa população. Assim, se o SUS permite e paga para que um cidadão faça uma cirurgia cardíaca na rede de assistência ou um transplante, por que não paga os procedimentos complexos da odontologia? Para bem entendermos esta necessidade de mudança, a odontologia precisa organizar-se politicamente, em defesa da saúde coletiva integral, envolvendo as questões das doenças, sua prevenção, o estilo de vida. Trabalhar a saúde como qualidade de vida por meio de ações transdisciplinares, interdisciplinares e multidisciplinares (EMMERICH, 2000).

Narvai, quando se refere ao termo saúde bucal coletiva, também nos chama a atenção para a efetiva participação do Estado como estrutura fundamental no processo de democratização da odontologia, e assim se expressa:

Assim, pretendendo romper com todas as odontologias adjetivadas, a saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensável às práticas no campo da saúde que tenham como

horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade [...] e afirme relações mais democráticas (NARVAI, 2002, p. 106).

Diante de inúmeras propostas, discussões, articulações, métodos, conceitos e teorias por uma prática odontológica que superasse o seu modelo de construção na qualidade de uma profissão médica cujas bases muito sólidas estavam sob a hegemonia flexneriana, ainda se pode afirmar que o objetivo explícito do trabalho odontológico é a boca (corpo biológico) para o qual essa prática organiza tecnologias que visam a restabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo, enquanto a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como lugar de produção das doenças bucais e aí organizar tecnologias que visem não à “cura” do paciente, mas à diminuição e ao controle sobre as morbidades coletivas (BOTAZZO, 1989).

Nos dias atuais, mesmo diante de tantos avanços teóricos, a prática parece não se adequar ao modelo prescrito e tão sonhado pelos estudiosos da área e por aqueles que estão à porta das unidades básicas de saúde, à espera de uma ficha, senha ou uma vaga para tratamento de saúde bucal. A construção de práticas odontológicas ainda vigentes em nosso país está centrada em ações clínico-cirúrgicas individuais e enfoques biologicistas em detrimento da compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais. O perfil epidemiológico dos adolescentes mostra-nos exatamente isso e revela que a priorização das ações a grupos de risco também não são práticas que embasam os processos de planejamento, execução, avaliação e monitoramento da gestão pública odontológica.

Essa construção está, portanto, na “contramão” dos caminhos que deveriam ser trilhados e que são princípios consagrados no artigo 196 da Constituição Federal brasileira, em que “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado” (BRASIL, 1998). Vê-se, sob esse aspecto, não só uma Odontologia de práticas científicas muito ou pouco resolutiva, mas também uma odontologia de práticas negligentes e

excludentes que, por tudo isso, tem colaborado com o processo do adoecimento do povo, em especial e em maior gravidade, pelo adoecimento de alguns grupos mais vulneráveis, como os adolescentes.

A saúde bucal como campo fértil e promissor de práticas sociais depende do entendimento, da sensibilidade e do compromisso daqueles envolvidos com o exercício da Odontologia, orientados pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade, da dignificação da vida e da conquista da cidadania (BRASIL, 2004).

Enfim, neste capítulo, percorremos avanços importantes no desenvolvimento da Odontologia como uma ciência médica; todavia, percebemos a necessidade do seu envolvimento para além da ciência pura, técnica e biológica, com a incorporação de práticas que adentrem caminhos dantes trilhados, o social. No entanto, ainda assim, deparamos condições de saúde bucal inegavelmente inaceitáveis, quando o próprio Estado não incorpora o paradigma sanitário moderno da saúde bucal coletiva e deixa de cumprir com suas premissas básicas e legais de assistir a todo cidadão com o direito à saúde.

No capítulo próximo, vamos discutir esse distanciamento do Estado, como provedor e subsidiador da saúde, transitando mais especificamente pela falta do direito à saúde bucal para os adolescentes brasileiros. Desse modo, é consenso entre os estudiosos que estamos diante de uma das manifestações da violência, a violência estrutural. O que se percebe é a existência de um forte aparato legal que reconhece a adolescência como uma importante fase da vida, com necessidades peculiares a essa faixa etária.

Transitar pelos caminhos da saúde bucal dos adolescentes no Brasil é estar sobre um cenário de omissão, negligência e exclusão do Estado. É estar diante de uma manifestação de violência.

CAPÍTULO 3

O ADOLESCER: PELO DIREITO À SAÚDE BUCAL E PELA VIOLÊNCIA

A violência que recai sobre crianças e adolescentes na família, nas escolas, nas ruas, *nos organismos oficiais* (...) são reveladoras de uma patologia social na qual nós tendemos a nos colocar passivos. Que sociedade estamos oferecendo a nossos filhos quando nós mesmos nos encontramos em dificuldades para nos posicionarmos como pais e cidadãos? O mais provável é que não haja uma resposta unívoca e uníssona para esta questão.

David Léo Levisky

O mundo adultocêntrico já percebeu a importância do mundo adolescente. Não como deveria, mas forçosamente pelos desajustes por que essa faixa etária vem passando e, conseqüentemente, causando transtornos à sociedade. Estamos diante de uma patologia social cujos sinais estão claros e evidentes dentro das próprias famílias, escolas (...) e principalmente nas ruas, onde o adolescente se tem revelado o grande receptor das injustiças sociais e o ator principal das histórias de violências por homicídios, assaltos, seqüestros e outras formas de delitos. A saúde bucal entra nesse contexto como mais um fator agravante na formação do caráter, da estima, da estética (...) do adolescente brasileiro.

Na óptica da sociedade contemporânea, emergem os 34 milhões de adolescentes (aproximadamente 21% da população brasileira), recém-chegados da infância, a meio caminho da maturidade, “cheios de vida”, em um contexto econômico de exacerbação da miséria, desigualdade social, violência e precarização da saúde bucal, com altos índices de doenças cárie, gengival e edentulismo, desafiando os dirigentes públicos quanto à promoção da inclusão desse grupo etário em iniciativas prioritárias de proteção integral (BRASIL, 2007a).

Nos países em desenvolvimento, há cerca de quatro décadas vem sendo reconhecida a importância demográfica dessa faixa etária. No Brasil, esse grupo tem seus principais riscos à saúde relacionados com as condições de vida,

iniquidade social e dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde a que está submetida a maior parte das populações desses países (OJEDA et al., 1985).

No entanto, tratar das condições de saúde bucal dos adolescentes ainda é trilhar por caminhos que caracterizam um assunto desafiador. As dificuldades encontradas na pesquisa bibliográfico-documental denunciam a necessidade de maior produção científica nessa área. A maior parte das pesquisas nessa faixa etária está direcionada à gravidez precoce, ao uso de drogas e, mais recentemente, ao adolescente em conflito com a lei.

Falar do adolescente como um cidadão e, portanto, portador de direitos à saúde, parece algo inovador mesmo diante de tantos Organismos Nacionais e Internacionais, com seus inúmeros documentos regulados de proteção ao adolescente desse mundo adultocêntrico.

3.1 O reconhecimento Legal da Adolescência

Resultado de um amplo movimento pela democratização do Brasil, a Constituição Federal de 1988 representa o mais avançado documento da história constitucional brasileira, trazendo um amplo rol de direitos humanos: individuais, políticos e sociais. Entre os direitos sociais enumerados pelo artigo 6º da Constituição Federal, encontra-se o direito à saúde, descrito nos artigos 196 a 200, dos quais constam o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário à saúde e a criação do sistema único de saúde (BRASIL, 1998).

Parte dos dispositivos constitucionais dedica-se à infância e à adolescência. Notadamente, o artigo 227 é taxativo ao tornar um dever do Estado e da sociedade civil garantir a prioridade de atendimento às necessidades das crianças

e adolescentes. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Mas, além dos direitos assegurados na Constituição Federal brasileira, outras legislações infraconstitucionais dão maior suporte e garantia do cuidado à saúde dos menores. Um exemplo é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que completou, com muito êxito, seus 15 anos de existência em 2005. O Estatuto veio regulamentar, no âmbito infraconstitucional, a situação jurídica dos indivíduos até a idade de dezoito anos. A lei define como criança o indivíduo até doze anos e como adolescente aquele que tem entre doze e dezoito anos. O ECA traduz a adequação da legislação infraconstitucional ao texto da Constituição Federal de 1988 e representa um importante documento no tratamento do adolescente de acordo com as diretrizes internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2005b).

Explicita o Estatuto que o adolescente desfruta todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, incluindo aqueles reconhecidos pelo direito interno brasileiro, bem como pelos tratados internacionais de que o Brasil faz parte, além da proteção integral de que trata o próprio ECA. “[...] Reconhece aos adolescentes diversos direitos ligados à saúde, abrangendo uma gama de situações, desde o atendimento médico-hospitalar, até a responsabilidade penal pelo desatendimento às disposições do Estatuto [...]” (PIROTTA; PIROTTA, 2005, f. 5).

O artigo 7º do ECA especifica que o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde e cabe ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O artigo

11 assegura atendimento médico por meio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O mesmo artigo torna incumbência do Poder Público o fornecimento gratuito àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses e outros recursos relativos a tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 2005b).

Todavia, nota-se uma imensa lacuna entre a sua proposta e a realidade concreta, vivenciada pelas crianças e adolescentes do país. Nesse aspecto, na maioria das vezes, as proposições da lei não passam de formulações abstratas. Nota-se, também, um processo de culpabilização direcionada ao adolescente, à família deste e, até mesmo, ao ECA, que veio reconhecer e consagrar a criança e o adolescente como indivíduos e, portanto, cidadãos.

Mas, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, é que o direito internacional se tem preocupado com a proteção dessa classe de direitos. Em face disso, faz surgir um novo ramo do direito internacional público que, ao contrário do direito internacional público tradicional, está voltado à disciplina das relações de reciprocidade e equilíbrio entre os Estados, na tentativa de garantir o exercício dos direitos da pessoa humana (PIOVESAN, 1997).

O direito internacional assume grande importância quando se trata da proteção aos direitos humanos. De fato, dentro de cada Estado soberano, o monopólio do uso legal da força encontra-se nas mãos do governo, cabendo a ele reprimir o desrespeito às regras de direito vigente em seu território. No entanto, ao se tratar de direitos humanos, o que se vê mais freqüentemente é a violação de tais direitos pelo próprio Estado ou ser ele conivente com tal violação, não fazendo sentido esperar que toda a proteção aos direitos humanos venha do próprio Estado. Assim, a instância internacional ganha relevância na garantia dos direitos humanos, sobretudo contra o Estado de que fazem parte os indivíduos ou grupos, cujos direitos foram violentados. Com a criação dos tribunais internacionais de direitos humanos, o direito internacional ganhou maior poder coercitivo nessa área (PIROTTA; PIROTTA, 2005, f. 7).

Então, o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente são internacionalmente reconhecidos como direitos humanos e o Brasil é parte em diversos tratados que envolvem os temas, notadamente o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (PIOVESAN, 1997).

Em meio a tantos acordos, tratados e documentos oficiais, quando pensamos nas crianças e jovens brasileiros em pleno processo de formação e identidade, incorporando valores éticos e morais, é preciso indagar que sociedade se oferece a eles, quando todos têm dificuldade de posicionamento até quanto aos papéis de pais e cidadãos.

3.2 A Saúde Bucal e a Violência no Adolescer

Ser um adolescente brasileiro nos dias atuais é viver em constante conflito de culturas, regras, valores da vida social, maturação física e psíquica, ganhos e perdas de auto-estima e de gradativa incorporação de papéis sociais do mundo adulto. A adolescência e a juventude são construtos recentemente incorporados na história da humanidade, compreendidos como fases especiais para a inserção dos indivíduos num nível de autonomia e de adaptação à sociedade. Eis o desafio que se impõe à sociedade contemporânea: a garantia de realização do potencial das novas gerações.

O quadro de imensa desigualdade existente na sociedade brasileira ameaça fortemente a realização do potencial dos jovens. Crianças e adolescentes compõem a faixa etária mais atingida pela desigualdade social e econômica (HENRIQUES, 2001). É, portanto, a adolescência o período da vida em que as "sementes" plantadas para criar o futuro nacional já começam a perder o vigor e potencialidade, prejudicando a grandeza histórica e cultural do País (BRASIL, 2005c).

Partindo dessas colocações, compreendem-se as diferentes formas de violência como graves obstáculos ao pleno desenvolvimento dos 35 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos no País (sejam as formas em que são vítimas, sejam as situações em que são os autores). É justamente nesse grupo que as manifestações da violência provocam mais impacto (BRASIL, 2005c).

No último Relatório Mundial sobre a Violência, Nelson Mandela inicia seu discurso chamando a atenção de todo o mundo para a necessidade de pensar sobre maus-tratos, descuidos e violência contra crianças, adolescentes e jovens. E responsabiliza os governos por adotarem comportamentos violentos que se difundem e se generalizam pela sociedade, por intermédio das autoridades que respaldam o uso da violência com as próprias ações governamentais. “[...] sobre los diversos rostros de la violencia, dede el sufrimento invisible de los individuos más vulnerables de la sociedad e la tragédia tan notória de lãs sociedades em conflicto” (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA, 2002).

Hoje, os adolescentes do sexo masculino são as maiores vítimas das múltiplas manifestações da violência no Brasil. Na grande maioria, eles são das camadas menos favorecidas da população: residentes em áreas pobres e, às vezes, periféricas das grandes metrópoles; de cor negra ou descendentes; com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional. Convivem cotidianamente, em suas comunidades, com os efeitos da violência conjuntural da delinqüência. Residem em bairros populares onde a criminalidade ocupa um lugar especial no universo simbólico do grupo: o heroísmo do bandido é implicitamente contraposto à fraqueza da polícia, que não é mais considerada como um agente de proteção e para um bem coletivo. As gangues, sim, ganham “força”, ocupam “papel” de destaque e supremacia, vendem a esperança de uma vida que, apesar de arriscada, é muito lucrativa ante a rotina de tantas vidas fracassadas de pais de famílias tão desestruturadas que nunca conseguiram ascensão social por meio do escasso trabalho. É nesse contexto que está o futuro adulto brasileiro e o presente

adolescente, vivendo sob a encruzilhada do legal e do ilegal, do ter e do não ter, do ser alguém (mesmo que de maneira transgressora) ou do ser mais um excluído de seus direitos mínimos de dignidade, de cidadania (MINAYO, 2006a).

Portanto, é um grande desafio falar da saúde bucal do adolescente que envolve a manifestação da violência estrutural como produtora de processos excludentes às condições dignas de saúde. Ao buscar referências bibliográficas e pesquisas sobre o tema, a impressão era estar diante de um assunto “inovador”, ou melhor, estar diante de um problema que não existisse ou, então, que fosse oculto para a maioria das pessoas. Minayo reforça essas impressões quando afirma que estamos diante de uma das manifestações da violência:

[...] que em suas formas mais atroz e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas por encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por instituições respeitadas. A violência de indivíduos e grupos tem que ser correlacionada com o Estado [...] (MINAYO, 2006a, p. 14).

Segundo o “SB Brasil 2003”, a faixa etária de 15 a 19 anos se destaca por constituir um grupo expressivo com necessidade de cuidados em saúde bucal e com ausência de uma atenção especial ou prioritária. Os dados, por si só, justificariam a necessidade de estudos na área para a promoção da saúde bucal em adolescentes. O índice CPO-d (dentes cariados, perdidos e obturados) nesse grupo foi de 6,56 dentes atacados por cárie dentária e 88,94% já possuíam pelo menos um dente com problema (CPO-d ≥ 1). Mais de 18% apresentaram sangramento gengival e 33,4%, cálculo dentário (tártaro). Esses dados epidemiológicos vão além e desvendam um problema ainda mais cruel: os adolescentes brasileiros chegam aos 18 anos apenas com 55% dos seus dentes (BRASIL, 2005a). Cabe ressaltar, então, que, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o adolescente de 18 anos deveria ter chegado aos anos 2000 com 80% dos dentes na boca (OMS, 1981).

Além da situação agravante demonstrada pelos números epidemiológicos, tratar dos problemas de saúde bucal é estar ainda, freqüentemente, diante de “verdadeiras romarias” entre filas, balcões e prontuários para conseguir um atendimento odontológico nos serviços públicos no Brasil. Ou seja, hoje o adolescente sofre duplamente: ora para conseguir um atendimento odontológico em uma unidade básica de saúde, ora para superar as políticas públicas de saúde bucal excludentes, reducionistas, fragmentadas e ineficientes.

Em compensação, a saúde bucal alcançou grande expressividade na gestão pública, quando foi incluída, em 2001, no elenco de procedimentos mínimos a serem executados por todos os municípios do Brasil por meio de um pacto anual (Pacto da Atenção Básica), sob a supervisão, a avaliação e o monitoramento do governo estadual e do federal, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI). Desde a sua inclusão, o indicador “procedimento de saúde bucal coletiva”, o qual preconizava ações educativas e de prevenção com escovação dentária supervisionada, esteve restrito às crianças até quatorze anos. Somente em janeiro de 2007, mediante Portaria Ministerial n.º 91, esse procedimento continua como um indicador do Pacto pela Vida, sem a delimitação de faixa etária (BRASIL, 2007b). Muito oportuno, então, ressaltar que o “SB Brasil 2003” já sinalizava o problema da focalização às crianças em detrimento às demais idades, com necessidades urgentes de atenção, como é o caso da faixa etária de 15 a 19 anos.

O Programa Nacional de Saúde Bucal do Governo Federal, “Brasil Sorridente”, lançado em março de 2004, em uma cerimônia oficial realizada no município de Sobral, no Ceará, contou com a presença do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva e do Ministro da Saúde Humberto Costa, que anunciaram a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com uma proposta de atendimento à atenção secundária e ênfase, principalmente, às especialidades de prótese dentária e endodontia. Segundo o Ministro da Saúde Humberto Costa,

[...] não se pode aceitar que um país que já é o segundo maior em transplantes no mundo, onde 90% são realizados gratuitamente no serviço público, não seja capaz de garantir o tratamento de canal, a correção do posicionamento dos dentes ou o tratamento do câncer bucal de forma adequada (JORNAL APCD, 2004, p. 14).

Em face dessas palavras, privilegia-se a atenção à doença, e não à saúde, e a falta de ações primárias (básicas) que considere as necessidades de saúde bucal dos adolescentes brasileiros. Não se pode aceitar que um(a) menino(a) apenas de 14 ou 15 anos de idade, ou mesmo de 19 anos, seja submetido(a) a tratamentos odontológicos tão invasivos, e o pior, sob a “tutela” e o “marketing” do Estado, que de tão “bom” e “eficiente”, lhes assista com esses serviços especializados.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), uma das principais responsáveis pela reorganização da atenção básica em saúde no Brasil. Mais do que apenas um referencial teórico, seus pressupostos devem ser colocados em prática por aqueles que estão à frente da sua gestão e buscam a consolidação da inversão do modelo assistencialista (ainda muito presente) por um modelo que considere o homem em sua dimensão social. No entanto, o que ocorre na prática, no interior dos processos de trabalho da ESF, é a reprodução da prática hegemônica, orientada pelo paradigma flexneriano, com um trabalho tecnicista, centrado no cirurgião-dentista, voltado para a produção clínica odontológica individual, sem a valorização do usuário na construção de projetos terapêuticos mais eficazes que constituam espaços de escuta, de acolhimento e de construção de vínculo (GONSALVES, 2005).

A organização de programas voltados à saúde do adolescente requer, efetivamente, a consideração das dimensões social e coletiva, tratadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que integram no cotidiano dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades e demandas individuais e coletivas (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2004).

Mas esse tem sido, eminentemente, um dos grandes problemas para o desenvolvimento dos adolescentes. Estão limitados a programas que os excluem, seja por uma organização tradicional dos serviços, seja pelo não-reconhecimento como um grupo de risco à saúde bucal.

[...] tal como uma epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta, que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam no interior das instituições (MINAYO; SOUZA, 2006b, f.3).

Na dimensão social do mundo contemporâneo, a saúde bucal ganha expressivo destaque em vários cenários do cotidiano: o estético, o do mercado de trabalho e o status social e econômico. Para Cavalcante (1988), a imagem que o adolescente forma do próprio corpo é procedente dos estereótipos culturais e produto de suas vivências na interação social. Segundo Goldstein (1980), a beleza e a integridade física assumem talvez seu momento mais proeminente.

Em nossa sociedade, em que é consenso a importância de uma boa aparência física, não causa espanto dizer que a perda de um dente implica grandes alterações emocionais. A saúde bucal, muitas vezes, é a característica mais decisiva na formulação de nossos julgamentos. Por meio da face, uma região sempre exposta do corpo humano, a estética bucal comprometida pode-se tornar um motivo de ansiedade, frustração e isolamento social. “Como componente essencial da imagem corpórea os dentes podem originar sentimentos que variam desde constrangimentos até profunda ansiedade” (GOLDSTEIN, 1980, p. 7).

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva reconhece os prejuízos que a falta de saúde bucal pode levar aos adolescentes, quando em um dos seus pronunciamentos fala o seguinte: “Eu sempre achei um absurdo que a boca não fosse tratada como uma questão de saúde pública, porque todo o restante do corpo é, menos a boca, exatamente por onde entra grande parte das doenças que o ser humano tem”. Lamentou a situação da saúde bucal do brasileiro, declarando que, em suas andanças pelo Brasil, é comum ver pessoas jovens sem dentes na boca:

Não tem nada pior do que uma menina de 18 anos, 19 anos, não poder mais sorrir, não poder conversar de forma mais aberta com seu namorado, ou com seus amigos [...] Ninguém vai sorrir se não tiver dente na boca, essa pessoa vai ficar com vergonha (LULA, 2004).

O problema com a saúde bucal dos adolescentes brasileiros avança em sintonia com as dificuldades de acesso aos serviços públicos odontológicos e com aparente falta de percepção dos gestores da urgente necessidade de atenção prioritária para o problema em curso. Portanto, seguindo esse raciocínio, desvenda-se a inclusão da violência na saúde pública, permeando todas as práticas odontológicas no SUS, com sérios danos à garantia dos direitos à saúde que, contraditoriamente, são direitos previstos pela Constituição Federal e pelas Leis Magnas do SUS.

Nesse sentido, é inevitavelmente impossível não ingressar no mundo do adolescer no Brasil e da violência que começa por revelar-se nas chamadas formas estruturais da violência, muitas vezes ocultas numa fachada de inevitabilidade histórica da pobreza, da desigualdade, da ineficácia da garantia de direitos, tornando invisíveis os mecanismos, interesses e privilégios que agem para a construção e perpetuação de tais quadros de exclusão e segregação. No entanto, a saúde bucal tem andado a “passos curtos”, tímidos e vagarosos, mesmo diante de um tema tão importante.

A Odontologia necessita atentar para o problema das más condições de saúde bucal dos adolescentes, correlacionando-as com a violência, interpretando-a em suas várias faces, de forma interligada (em rede) e por meio de eventos em que se expresse, se repercute e se reproduz. A esse tempo, a violência ganha corpo e cada vez mais se perpetua, produzindo doença e mutilando bocas de ingênuos adolescentes. As crueldades mais apavorantes se articulam com a violência escondida e naturalizada no cotidiano, como se não fosse um meio de violência; portanto, a violência estrutural é a maior representante dessa manifestação.

Quando se correlaciona a violência com o adolescer, constata-se que não existe apenas uma forma ou modalidade de expressão da violência. É melhor dizer que existem violências sujeitas às subjetividades e às determinações sociais. Isso não torna a tarefa dos profissionais de saúde mais fácil, ao contrário, mostra a necessidade não só de trabalhar com modelos epidemiológicos, mas também de incluir a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos.

A participação do Estado como parceiro e/ou produtor de violências remete-nos a um sentido de violência sutil, despercebida, também, pelos gestores e administradores públicos. Mas nada pode justificar a omissão do Estado ante a demanda que “grita” por intervenção na área da saúde bucal. Ou será que nossos governantes não reconhecem ainda a problemática em discussão como um problema real e urgente?

O adolescer remete-nos a uma profunda reflexão: sobre a importância de trabalhar e conhecer, prioritariamente, esse grupo como indivíduos que são portadores de riscos à saúde bucal e de necessidade urgente de focalização no planejamento e execução dos trabalhos públicos de saúde bucal. Desse modo, eis um desafio: o de reinventar um novo trabalhador da saúde bucal que direcione esforços para a politização da classe odontológica e que amplie o grau de participação de seus profissionais, para que estes assumam, de fato, a postura de agentes sociais de mudança.

3.2.1 Objetivo do Estudo

Identificar as percepções, conhecimentos e atitudes das coordenações municipais de saúde bucal no estado do Espírito Santo, quanto à inter-relação da violência estrutural e às condições de saúde bucal dos adolescentes.

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O raciocínio que mais se aproxima daquilo que se entende como violência está em suas mais variadas manifestações, por suas características externas (quantitativas) e internas (qualitativas), abrangendo todas as esferas da vida social e individual, dela participando todos enquanto vítimas e autores (CRUZ NETO, 1995).

O texto em epígrafe revela que a violência tem usado de diversas formas de manifestações para desenhar as mais diversas situações em que o homem possa tornar-se um “fantoche” sob suas manifestações, sendo manipulado a todo o instante, ora percebendo, ora não, o que contribui para o agravamento de diversas situações da vida social. Tão grande astúcia e manifestação chegam a vitimar-nos ou até produzir co-adjuvantes e/ou autores da própria violência.

A fundamentação teórica que orienta este estudo se baseia nos diversos autores que tratam sobre a violência, em especial, sobre a violência estrutural e suas relações com a saúde bucal do adolescente. No decorrer deste capítulo, destacamos os estudos de Castel, Gadamer, Camacho, Souza, Assis, Weber e outros autores, mas, em especial, os de Minayo e o Relatório Mundial da OMS sobre a Violência (OMS, 2002).

No entanto, é de fundamental importância, de início, a compreensão de que estamos adentrando um “mundo” onde a literatura carece muito de estudos que versem sobre as influências da violência e suas manifestações culturais, históricas, sociais, econômicas e organizacionais e sobre os processos de gestão em saúde no Brasil. Necessita, ainda, de estudos que correlacionem as várias faces e modalidades da violência estrutural com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MINAYO, 2006c). Tratando-se da correlação entre violência estrutural e saúde bucal, há maior “fosso” que distancia esses assuntos que, nos dias atuais, na prática, estão tão íntimos.

Para a finalidade desta pesquisa, entre as multiformas de manifestações da violência, a violência institucional ou estrutural será tratada como produtora e agravante das más condições de saúde bucal do adolescente. Assim, focaremos o Cirurgião-Dentista no desempenho da gestão (coordenação ou referência técnica) municipal de saúde bucal no ES.

4.1 Violência e Saúde

Por ser entendida como um fenômeno complexo e de pluricausalidades, não é fácil conceituar a violência nem entendê-la na área da saúde, principalmente. Assim, diversas teorias são propostas como hipóteses explicativas para a violência e suas manifestações nessa área.

Quando, aparentemente, dois temas tão distintos são tratados em um mesmo espaço, posto frente a frente para discussão, é preciso, inicialmente, ficar clara a idéia de que o setor saúde, quando assume a violência como um dos mais importantes agravos à saúde da população mundial, o faz num tom diferente da lógica com que trabalham os cientistas políticos e as forças de segurança pública. “A saúde pública está preocupada com as vítimas não com a repressão, não no sentido de inocentar ninguém, mas de atuar na promoção da vida e da qualidade de vida” (MINAYO, 2006a, p. 51).

No campo da saúde, a violência faz o Brasil adentrar o século e o milênio com mais um grave desafio de saúde pública. Para Damatta (1994), um tema vasto e amedrontador que, mesmo sendo um cientista social e preocupado com sua responsabilidade pública num cenário político demasiadamente afinado com posturas normativas, leva-o a tratar do assunto em um de seus livros. Reconhece, de fato, que, caso reflitamos um pouco mais na violência, podemos chegar a conclusões devastadoras para uma abordagem sociológica.

Em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno sociohistórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é em si uma questão de saúde pública, mas transforma-se em problema para a área, porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas de serviços peculiares ao setor.

Para a OMS, em seu último Relatório sobre o assunto, a violência constitui o:

[...] uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, p. 5).

Ainda, de acordo com o Relatório da OMS (2002), mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida ou sofrem lesões como resultado da violência auto-infligida. Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para a qual convergem todos os problemas trazidos pela violência.

Quando a OMS divulgou essa definição de violência em 2002, o MS do Brasil já havia publicado oficialmente (Portaria MS/GM, n.º 737, de 16/5/2001) um documento denominado “Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências”, introduzindo um conceito semelhante ao da OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

Nos dois textos, está implícito o caráter operacional das definições e reconhecido o sentido de intencionalidade da violência. No entanto, em ambos faltou mencionar, explicitamente, a negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade, como formas de violência. A intencionalidade situa a violência em seu sentido eminentemente humano, só os humanos parecem possuir intencionalidade em seus atos ou omissões (MINAYO; SOUZA, 1993). Quando entendida como parte da condição humana e da própria vida em sociedade, a violência reforça a necessidade de estudos que considerem o problema como um fenômeno social (DAMATTA, 1994).

Mencionar negligência e omissão como formas de violência é um passo fundamental para desnaturar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, entre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam ou diminuem as possibilidades de crescimento e desenvolvimento.

Desde o princípio das discussões sobre a violência, o campo da saúde pública tem sido um recurso valioso para o entendimento sobre suas manifestações. “[...] Uma ampla gama de profissionais, investigadores e sistemas de saúde pública tem procurado compreender as raízes da violência e evitar que surja” (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA, 2002) .

O despertar da saúde para os problemas trazidos pelas manifestações de violência começa, na década de 60, com a pediatria americana. Deixa-se de lado o olhar para o fenômeno da violência como um simples espectador, contador de eventos, reparador dos estragos, e passa a estudar, diagnosticar e medir a chamada síndrome do bebê espancado, colocando-a como um sério problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países também reconhecem, formalmente, os maus-tratos como grave problema de saúde pública. Posteriormente, são criados programas nacionais de prevenção

primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social um problema, tradicionalmente e até então, considerado como foro privado. Para que isso ocorresse, muito contribuíram as sociedades de pediatria de vários países, já articuladas com setores da sociedade civil dedicados aos direitos da infância e da adolescência (MINAYO; SOUZA, 1999).

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 80 que o tema violência entra em vigor na agenda de debates e no campo programático da saúde, tendendo a se consolidar no final dos anos 90. Em nosso país, tiveram papel fundamental para essa inclusão os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito, algumas organizações não governamentais (ONG`s) de atenção aos maus-tratos na infância e as de organizações internacionais com poder de influenciar as pautas nacionais. Ainda nos dias atuais, contraditoriamente a todo o histórico de luta apresentado, são os adolescentes e jovens quem mais sofre com a violência, ora agressores, ora agredidos (MINAYO, 2006a).

Nos estudos científicos da área da saúde, há pelo menos três correntes que buscam explicar a violência. Uns defendem a idéia de que ela é resultante de necessidades biológicas. Outros, exclusivamente, a explicam fundamentados no arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultado de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções morais e religiosas. Por fim, existe um grupo que trata o âmbito social como o ambiente dominante na produção e na “vitimização” da violência, onde toma corpo e transforma os fatores biológicos e emocionais (BRASIL, 2005c).

O estudo realizado por Assis (1999), que analisa os aspectos biopsicossociais e as mais sutis diferenças entre jovens infratores e seus irmãos não infratores de duas cidades brasileiras, Rio de Janeiro e Recife, conclui que os principais fatores de risco associados à situação de infrator são: consumo de drogas, participação

em círculo de amigos que aprovam a criminalidade, tipos de lazer, baixa auto-estima, falta de reconhecimento de limites entre certo e errado, fraco vínculo afetivo com a família e com a escola, sofrer ou ter sofrido violência por parte dos pais, uma “linha tênue” relativa às dificuldades das condições e do estilo de vida.

Em contrapartida, do ponto de vista biológico, a investigação evidencia quanto é problemático demonstrar diferenças herdadas, uma vez que se trata de pesquisa que envolve irmãos. As teorias biologicistas não podem ser consideradas como conclusivas por si sós. Torna-se fundamental aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais no entendimento dos processos de violência, principalmente quando estamos diante de manifestações de violência à saúde (MINAYO, 2006c).

4.1.1 (Re) pensando a Violência no Campo da Saúde

A definição usada pela OMS está vinculada à intenção com o ato em si, independentemente das consequências que se produzem. “[...] Se excluyem de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras” (RELATÓRIO MUNDIAL DE VIOLÊNCIA, 2002, p. 5). No entanto, acrescenta o Relatório que a inclusão da palavra “poder” amplia a intencionalidade “do uso intencional da força física” quanto à natureza de atos violentos que resultam em descuidos, omissão, negligência, exclusão, enfim, atos violentos que, na maioria das vezes, não estão tão evidentes.

Surgem, então, vários conceitos de violências: toleradas, condenadas, ocultas, institucionais, estruturais, entre outros. A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia. Por isso, para entender a violência na dinâmica da realidade brasileira, é importante

compreender a visão do social, pois os eventos violentos sempre passam pelo julgamento moral da sociedade (BRASIL, 2005c).

Na Assembléia Mundial de Saúde, por meio da resolução WHA 49.25, além de formalizar que, de fato, a violência é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, elabora uma tipologia para caracterizar os diferentes tipos de violência e os vínculos existentes entre eles. A violência é, então, dividida em três categorias gerais: a violência auto-infligida; a violência interpessoal e a violência coletiva. A auto-infligida compreende o comportamento suicida e as autolesões; a interpessoal pode ser aquela que ocorre no seio familiar ou em ambientes comunitários, como escolas, ambientes de trabalho, prisões e asilos de idosos; a coletiva se subdivide em social, política e econômica. Esta categoria se distingue das demais por alcançar um grupo maior de indivíduos e pela atuação do Estado como órgão público produtor de violência. Foram identificadas as naturezas dos atos de violência, descritas em: física, sexual e psíquica, que incluem privação do cuidado (RELATÓRIO MUNDIAL DE VIOLÊNCIA, 2002).

Para o senso comum da população, violências são aquelas barbaridades estampadas nos noticiários todos os dias: o crime, a corrupção e o pecado. A violência dominante na consciência contemporânea é a criminal e a delinqüencial. Esse tipo de fenômeno nunca teve tolerância social, antes de tudo, ela fere a moral indispensável de todas as culturas. Chesnais (1981) distingue no imaginário social atual, três definições de violências que contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo: a violência física, a violência econômica e a violência moral e simbólica, aquela que ofende a dignidade e desrespeita os direitos do outro.

Uma leitura teórica ou erudita da violência é obviamente a leitura mais prestigiosa da violência, num tom de denúncia, num discurso em que nada é poupado. Caracteriza-se por uma totalização radical do sistema, de sorte que ela tende a confundir a violência com a própria estrutura da sociedade:

[...] se os produtores são de direita, o discurso encara a violência como um caso virtual de ausência de repressão e de polícia [...] é uma consequência da indisciplina das massas [...] potencialmente perigosas. Se são da esquerda, o discurso não é mais um caso de polícia, mas de 'poder'. Liga-se então violência, poder e sociedade de consumo para, em seguida, falar-se de capitalismo, autoritarismo e desmando governamental (DAMATTA, 1994, p. 178, grifos do autor).

Domenach (1981) e Chesnais (1981), concordam que a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência é um passo positivo alcançado pela humanidade, que acompanha o progresso do espírito democrático. É a partir do momento em que cada pessoa se considera e é considerada cidadã que a sociedade reconhece seu direito à liberdade e à felicidade e que a violência passa a ser um fenômeno ilegítimo do emprego da força física, moral ou mesmo política.

Outro elemento desse discurso diz respeito à concepção do Estado como grande patrão e responsável, com todas as suas leis, normas, decretos, portarias, etc., por nossa felicidade ou miséria. Assim, discute-se raramente sobre a atuação dele na qualidade de gestor e administrador dos recursos públicos. Estamos diante de uma cultura do pedir que se amplie este ou aquele serviço. “Entre nós o Estado é um agente regulador, produtor e legitimador de inúmeras atividades sociais” (DAMATTA, 1994, p. 180). Quando o Estado não desempenha suas reais funções e transforma-se em mais um agente complicador para a inclusão social e o pleno gozo da cidadania, produzindo desigualdades e exclusão, é cada vez mais um consenso a que o Estado produz a violência estrutural.

4.1.2 Violência Estrutural: o Estado produzindo Órfãos

No seu sentido material, o termo “violência estrutural” parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos produzidos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas de poder, domínio, posse, aniquilamento e perdas, muitas perdas (MINAYO, 2006c).

É reconhecidamente notório o crescimento de uma produção acadêmica sobre as mais variadas formas e manifestações de violência, principalmente sob a ótica da sua gênese na área da saúde, na década de 90. Há um aprofundamento teórico sobre o fenômeno, que permite uma compreensão maior do seu sentido e das suas relações socioculturais com o Estado. Constatou-se, no entanto, que a maioria dos trabalhos limitou-se a descrever os problemas e apresentar propostas de soluções, sem aprofundar as problemáticas referenciais. Ao investirem mais no dimensionamento e pouco na compreensão dos problemas, as intervenções sugeridas distinguem-se por privilegiar ações normativas e de curto prazo. Os textos da área da saúde pública mostram a imbricação entre a historicidade de muitos fenômenos e as manifestações de violência (ASSIS, 1999; ASSIS, CONSTANTINO, 2001; MINAYO; SOUZA, 1997; 1999; CRUZ NETO, MOREIRA, 2001; AGUDELO, 1990; 1997).

Tanto para os autores do campo da saúde coletiva que trabalham com uma abordagem interdisciplinar do problema, quanto para os cientistas sociais, a violência tem-se apresentado como um grande problema de saúde pública e um fenômeno complexo. Portanto, emerge a necessidade de desenvolver sobre o tema uma visão interativa da origem sociohistórica e subjetiva que, a um tempo, questione a postura reducionista que privilegia a causalidade biológica pura e simples assim como uma unicausalidade macro ou microsocial (MINAYO; SOUZA, 1999).

Seguindo essa tendência, pretende-se, neste tópico, trabalhar a origem da multicausalidade das várias manifestações da violência, com ênfase à violência institucional ou estrutural, na condição de causadora de danos à saúde bucal. Então, fazendo um recorte que enfatize a violência estrutural, é oportuno reconhecer a existência de uma rede de relações entre as manifestações de violência que não permite uma abordagem tão seccionada, com um recorte tão preciso entre a violência estrutural e as demais violências.

Assim, todas as coisas são causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediata e imediatamente, e todas se relacionam por um vínculo natural e insensível que liga a mais afastada e as mais diferentes, “creio ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como conhecer o todo sem conhecer, particularmente as partes” (MINAYO, 1994).

Nessa tentativa de descrever e explicar as causas das manifestações da violência sobre o homem, no decorrer dos tempos, as evidências se dividem em toleradas e condenadas, visíveis e ocultas e, mais especificamente, desde o início da modernidade, a violência se enriquece de novas formas, cada vez mais complexas e, simultaneamente, mais fragmentadas e articuladas. Introduzindo sua obra clássica sobre 200 anos de violência na Europa, Chesnais (1981) adverte que, ao entrar num universo tão fragmentado, disparatado e sem grande unidade, percebe-se quanto a própria violência se apresenta como um fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais variáveis e os mais secretos.

A relação tão íntima, e a um só tempo tão oculta, entre a violência estrutural e a saúde chega a importunar o filósofo Gadamer que, como um desabafo, escreve um livro intitulado “O caráter oculto da saúde”, em que revela que foram sempre conjunturas especiais que o levaram a manifestar-se sobre os problemas dos cuidados com a saúde. Acrescenta que “em nenhum outro lugar os processos da pesquisa moderna adentram tanto o campo de tensão sóciopolítico de nosso tempo como nessa área” (GADAMER, 2006, prefácio).

Como já foi mencionado neste trabalho pela pesquisadora Minayo, há um consenso em que, além de não existir apenas a violência, mas as violências, há também um outro consenso que reconhece a existência da violência oculta, secreta, ou de manifestações menos visíveis, que se instaura sorrateiramente no mundo moderno em suas formas de gestão, principalmente nas gestões públicas

que passam pelo processo transnacional e globalista que tem dissociado Estado-sociedade (GADAMER, 2006).

Seguindo os pensamentos de Ribeiro:

[...] a representação dominante da realidade é aquela que, de forma quase esquizofrênica, secciona a sociedade e social, reduzindo o chamado social aos excluídos, vulneráveis ou pauperizados, enquanto a sociedade é conformada por aquele reduzido segmento que, em aliança com o Estado, deveria contribuir no controle das contradições mais gritantes e – quem sabe? – da violência. Nesta equação, aos segmentos médios com acesso a alguns direitos cabe permanecer ‘na sociedade’, absorvendo tarefas que antes eram obrigações do Estado, enquanto ao ‘social’ cabe, no máximo, acomodar-se à mitigação das necessidades mais desesperantes (RIBEIRO, 2000, p. 23 – 24, grifos do autor).

Enfim, a respeito da dissociação Estado-sociedade, percebemos com nitidez a presença da violência estrutural que vitima o homem em seu contexto de vida social por meio de processos de omissão, negligência, exclusão (...). Assim, assistimos no cotidiano do mundo contemporâneo ao descumprimento na prática do exercício da cidadania no Brasil, onde os direitos mais elementares à saúde bucal parecem não existir, por isso caem em descrédito dos usuários do SUS. O exercício de governabilidade do Estado tem recebido forte influência do modernismo que, sob o pretexto do desenvolvimento e com o nome de globalismo, acaba por deflagrar maiores problemas, ampliando a manifestação da violência estrutural e dos problemas por ela causados.

Exposto o drama que está em curso e infiltra-se cada vez mais na saúde e, em especial, muito sorrateiramente na saúde bucal (oculto), Gadamer (2006) nos encoraja e chama-nos para o “combate”, para o “enfrentamento” do problema quando nos diz:

O caráter oculto da saúde é apenas uma pequena parte de todas as tarefas que temos pela frente. Por toda a parte importa alcançar o equilíbrio entre capacidade de fazer e o querer e fazer responsável. [...] A preocupação com a própria saúde é um fenômeno primordial do ser humano (GADAMER, 2006, p.8).

4.1.3 O Globalismo e a dissolução Estado-Sociedade

Segundo Valla; Stots e Algebaile (2005), o que se passa no mundo de hoje é um processo de desenvolvimento transnacional, o que para Camacho (2003) é o globalismo, que compreende um novo ciclo de desenvolvimento intensivo e extensivo do capitalismo como sempre, em escala global que, de imediato, interfere nas relações entre as pessoas (na sociedade) e, em especial, entre os órgãos ou instituições públicas e seus usuários (cidadãos).

Segundo Pellegrino, em face do globalismo, há uma subordinação do Estado ao pragmatismo e ao “produtivismo” que difunde elementos de uma racionalidade antagônica à coesão social. Acontecem, assim, perdas institucionais muito graves que, ao atingirem as relações Estado-sociedade, rompem os pactos que permitem a sociabilidade. Essa ruptura não potencializa conflitos sociais, mas cria obstáculos à participação política autônoma (PELLEGRINO, 1989).

Nessas tendências, Costa reconhece a ideologia emanada das elites brasileiras: “As elites convenceram-se de que política é coisa do passado. De agora em diante, dizem, o mundo está globalizado, e as velhas idéias de nação, Estado ou país devem ser aposentadas”(COSTA, 1997, p. 73).

Mas como começou todo esse processo de globalização? A origem está no fato de que, apesar de toda pobreza de uma grande parte da população mundial, os capitalistas e seus governos avaliaram que seus lucros ainda eram pequenos. Para ter uma idéia da gravidade da pobreza da população latino-americana, uma vaca nos Estados Unidos recebe dois dólares por dia, enquanto 75% da população da Nicarágua vive com menos de dois dólares por dia (Brasil de Fato, nº 31, p. 9, apud VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005) e 44 milhões de brasileiros vivem com menos de um dólar por dia (Caros Amigos, n. 79, outubro de 2003, p. 16, apud VALLA; STOTZ ; ALGEBAILLE, 2005).

Apesar desse quadro, o problema com a pobreza não seria resolvido pela atuação dos Estados no campo social e no apoio à produção econômica nacional. Ao contrário, cada país deveria empenhar-se ao máximo para participar do mercado internacional, pois, de outro modo, seria impossível qualquer crescimento econômico, e o aumento da pobreza, inevitável. Nessa perspectiva, os estados nacionais deveriam reduzir seus gastos com o social diminuindo o investimento em serviços universalizados e irracionalizando os recursos “disponíveis” para programas assistenciais específicos, destinados apenas aos mais pobres. Em contraposição, deveriam igualmente reduzir sua “intervenção” na economia, de forma que os acordos comerciais internacionais pudessem ser feitos com mais liberdade, agora num plano cada vez mais mundial (VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005).

São configurações que se mesclam e excluem, criam e recriam formas agressivas que acabam estimulando uma crescente desindustrialização dos países periféricos (Brasil, Argentina, México). Cada uma dessas configurações geoistóricas, político-econômicas e socioculturais revela singularidades e envolve estruturas de dominação política por meio de técnicas de administração e violência (VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005).

Dentro desse quadro, aponta-se para uma intensificação da retirada do Estado, não somente da economia, mas também das suas responsabilidades sociais. Nessa perspectiva, poderia ser destacado o gradual declínio do poder do Estado na regulamentação das relações econômicas e dos direitos sociais, o que resulta em um mercantilismo dos serviços sociais e uma precarização dos serviços públicos de saúde, gerando sérios danos às condições de vida da população. Sob a hegemonia das políticas transnacionais e o globalismo, a dissolução Estado-sociedade revela que o nacionalismo perde alguma das suas bases, a começar pelos centros decisórios. Os governos e regimes nacionais perdem capacidade decisória e são induzidos a decidir de conformidade com as injustiças. São várias,

portanto, as implicações práticas e teóricas, ou históricas e lógicas, da crescente subjunção da economia nacional à economia global, ou seja, do nacionalismo ao globalismo.

Primeiro, o Estado é levado a divorciar-se amplamente da maior parte da sociedade civil, havendo uma “despolitização” de questões cruciais da vida de indivíduos e coletividades, povos e nações, já que o Estado, o governo, a burocracia federal e a maior parte do poder executivo se encontram amplamente determinados pelas conjunturas dos poderes mundiais, constituídas pelas corporações transnacionais e organizações multilaterais.

Segundo, simultaneamente ao divórcio crescente entre o Estado e a sociedade civil, o aparelho estatal e os governantes transformam-se em tecnoestruturas auxiliares, subalternas, das tecnoestruturas mundiais de poder, conformando-se como aparelhos das classes dominantes em escala mundial, dos blocos mundiais de poder. Tanto é assim que os governantes têm levado o Estado a voltar as costas à sociedade civil (CAMACHO, 2003).

Terceiro, o desmonte do projeto nacional, capitalista e socialista, bem como a crescente dissociação entre o Estado e a sociedade civil, rompe os metabolismos sociedade e poder estatal, instituições e estruturas jurídico-políticas, indivíduos e sociedade, partidos políticos e processos decisórios. A maior parte da sociedade, o povo, os grupos e as classes sociais, é levada a dar conta de si, descobrir para onde e como mover-se e quais as novas modalidades de relacionamento e não-relacionamento com o poder, o governo, o regime. Nesse contexto em que o tecido social se modifica e se distende, debilitam, dissolvem-se e enfraquecem os nexos, as relações do indivíduo com os outros e consigo mesmo, tanto em âmbito societário como comunitário. É uma realidade em que se torna mais evidente o escasso ou nulo compromisso das elites governantes e das classes dominantes com a nação. Algo que já se observa no passado, em diferentes conjunturas, sob

o colonialismo e o imperialismo, mas que se revela nos dias atuais sob o globalismo e as formas de governo (CAMACHO, 2003).

Para as elites governantes e as classes dominantes, a sociedade nacional é, principal ou exclusivamente, um espaço de negócios, interesses, operações, transações. Daí o predomínio das formas autoritárias de poder, mais ou menos congênicas e intermitentes, endêmicas e recorrentes, com as quais se alimentam as mais diversas formas de violência.

A dívida externa e o ajuste fiscal são exemplos dessa violência. Para pagar a dívida externa do Brasil, é necessário expor a população a muitos sacrifícios. Valla, Stots e Algebaile (2005) têm esse tema por fundamental importância para se entender, em parte, o problema de que se trata. Revelam que o governo federal gastou com a dívida pública (interna e externa) quatro vezes mais do que investiu em saúde e nove vezes mais do que enviou à educação. Mas o corte de gastos sociais e a prioridade dada ao pagamento da dívida não foram o bastante. O governo mal conseguiu pagar os juros e ficou ainda mais endividado, e o povo brasileiro é quem arcará com a conta, por meio dos impostos que enriquecem os credores da dívida, enquanto escolas e hospitais ficam sucateados e a saúde do brasileiro está mal. De janeiro a maio de 2003, o Brasil pagou US\$ 46 bilhões em juros. A soma do orçamento da saúde e educação não chega a US\$ 17 bilhões. A dívida cria um problema sério para o cidadão e obriga o país a pagar amortizações e juros em dólar. O resultado é desemprego e corte de gastos sociais com educação, segurança e saúde.

Os municípios, especificamente dos estados mais pobres, paralisam muitas atividades que estão centradas na governabilidade das prefeituras. De acordo com a Folha de S. Paulo (7/9/2003), “os prefeitos reivindicam uma participação de 20% na arrecadação total da União que atualmente ficam com 13%” (VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005, p. 38). A crise financeira de grande parte dos municípios não

pode, certamente, ser explicada apenas pela insuficiência das verbas federais repassadas.

Sabemos o quanto a administração pública no Brasil sofre com as abusivas despesas para sustentar a estrutura legislativa e a máquina administrativa, o que é agravado, em inúmeros casos, com as práticas de clientelismo, fisiologismo e corrupção. Sabemos, também, o quanto é comum que o dinheiro público seja empregado em realizações de pouco interesse público, mas grande interesse eleitoral [...] acaba realmente concorrendo para que não seja superada a precariedade de atendimento da população em questões essenciais (VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005, p. 38-39).

Que é, então, o Estado no mundo contemporâneo? O Estado não é instituído pelo povo e para o povo? Parafraseando Weber (2005), o Estado não se deixa definir sociologicamente por seus fins. Quase não existe uma tarefa de que um agrupamento político qualquer não se haja ocupado alguma vez. De outra feita, não é possível referir tarefas das quais se possa dizer que tenham sempre sido atribuídas, com exclusividade, aos agrupamentos políticos de hoje denominados Estados ou que se constituíram, segundo a história, nos precursores do Estado moderno. “O Estado não se deixa definir, sociologicamente, a não ser pelo específico meio que lhe é peculiar, da forma como é, peculiar a todo outro agrupamento político, a saber, o uso da coação física” (WEBER, 2005, p. 60).

Se existissem apenas estruturas sociais das quais a violência estivesse ausente, o conceito de Estado teria também desaparecido [...] Por evidência, a violência não é o único instrumento de que se vale o estado – não se tenha a respeito qualquer dúvida - mas é seu instrumento específico. Na atualidade, a relação entre o Estado e a violência é particularmente íntima [...] O Estado se transforma na única fonte do ‘direito à violência’ (WEBER, 2005, p. 60, grifos do autor).

Por isso, dentre as surpresas e inquietações que se produzem e reproduzem por dentro e por fora da globalização, na “fábrica da sociedade mundial”, destacam-se as mais diversas formas de violência presentes na área da saúde. Em especial, no

Brasil, a organização e a oferta dos serviços públicos odontológicos denunciam formas de omissão, negligência e exclusão. A dificuldade de acesso, a má qualidade dos serviços, a baixa eficiência e eficácia, “engrossam a fila” dos doentes e bangueiras por uma enorme demanda acumulada e uma população em péssimas condições de saúde. Quando estratificamos essa população em faixa etária, torna-se evidente que os adolescentes são aqueles que significativamente colaboram com essa “fila” e representam essa discutida dissolução Estado-sociedade.

4.1.4 Modernidade e Vulnerabilidade

Tire o seu sorriso do caminho, que eu quero passar com a minha dor.

Nelson Cavaquinho

No mundo contemporâneo, a violência estrutural também pode ser entendida sob o olhar, não apenas de uma dissolução Estado-sociedade, mas também de uma própria dinâmica social que se baseia em um individualismo vulnerável às modernidades.

“Com o advento da modernidade, o estatuto do indivíduo mudou radicalmente. Ele é reconhecido por si mesmo, independentemente de sua inscrição em grupos ou coletividades”. Mas isso não quer dizer que ficou assegurada a sua independência, ao contrário, a dinâmica da individualização chega ao ponto de deixar os indivíduos inteiramente entregues a si mesmos (CASTEL, 2005, p. 14).

Uma sociedade de indivíduos não seria mais, propriamente falando, uma sociedade, mas um estado de natureza, isto é, um estado sem lei, sem direito, sem constituição política e sem instituições sociais, expostos a uma concorrência desenfreada dos indivíduos entre si e à guerra de todos contra todos (CASTEL, 2005, p. 15).

Portanto, estamos diante de uma sociedade que, além de fragilizada, parece estar à mercê de uma insegurança total, com indivíduos que convivem livres de todo regulamento coletivo, sob ameaça permanente, porque não detêm em si mesmos o poder de proteger e de proteger-se.

Mesmo a lei do mais forte não pode estabilizar a situação porque Davi poderá matar Golias, e porque o forte poderá sempre ser aniquilado, nem que seja por um mais fraco que teria a coragem de assassiná-lo durante seu sono. Por conseguinte, é fácil perceber que a necessidade de ser protegido possa ser o imperativo categórico que deveríamos assumir a qualquer preço para poder viver em sociedade (CASTEL, 2005, p. 15).

O acesso social a benefícios do desenvolvimento desenha-se como uma luta individualizada por oportunidades, sem que a ação do Estado seja projetada como responsável pela garantia do trabalho no presente e na futura redistribuição da riqueza em larga escala (RIBEIRO, 2000). A constatação dessa tendência encontra-se no artigo de Ricardo Antunes: “O flagelo do desemprego no governo Lula”, publicado em Brasil de Fato, 19^a, em 25 de fevereiro de 2004.

Se o poder é extremo, é bom, porque é útil à proteção, em que reside a segurança (HOBBS, 1971, apud VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005, p. 15). Castel (2004, 2005) complementa, sem suscitar controvérsias, que o Estado deve deter o monopólio do exercício da violência.

Para Minayo (2006b), o exercício da violência, nos dias atuais, deve ser entendido como formas de vocalização dos sujeitos não reconhecidos, rejeitados e marcados pela exclusão e pela discriminação social, enfim, pela própria violência produzida pelo Estado contra a sociedade.

Ser protegido, então, não é apenas estar seguro das delinqüências, vai além disso. É poder não estar sozinho, é poder viver em sociedade e inserir-se nela, coexistindo no seio de um mesmo conjunto e usufruindo bens comuns que

dignificam o homem e o permitam viver com qualidade de vida. Mas a esperada superação dos limites do estado de bem-estar na sociedade brasileira foi substituída pela ampliação da pobreza, pela quebra de expectativas e pela despolitização da questão social.

Não é objeto desta pesquisa um estudo da pobreza no Brasil, no entanto, quando versamos sobre a influência de um Estado moderno e a vulnerabilidade que sobrevém sobre as pessoas, em um contexto de discussão com ênfase à violência estrutural, nos chama a atenção o fato da modernidade estar gerando pequenos grupos de incluídos nos benefícios sociais, com melhor qualidade de vida, e grandes setores de excluídos, ou melhor, incluídos de forma precária, com aumento da pobreza e da desigualdade social.

Cabe ainda ressaltar outro aspecto da pobreza no Brasil, o qual está em consonância com esta dissertação, que tem a fase da adolescência como parte do objeto de estudo: a pobreza afetar mais crianças e adolescentes, tendo em vista que as famílias pobres têm mais filhos. Em 1999, 59% das crianças latino-americanas até 5 anos e 61% das que tinham entre 6 e 12 anos eram pobres [...] Essa informação alerta-nos dos aspectos a considerar nas políticas públicas orientadas à redução da pobreza (ARRIAGADA, 2002).

Ao proceder a uma análise conclusiva da vulnerabilidade humana no mundo moderno, Castel traz-nos à recordação de que discutir a proteção social sempre esteve presente na vida do homem:

Que Deus vos guarde! Esta expressão tão popular nos séculos de crença exprimia o sentimento comumente partilhado naquele tempo de que, para que a criatura humana seja verdadeiramente protegida contra todos os imprevistos da existência, seria necessário que uma onipotência tutelar a tomasse integralmente sob sua responsabilidade. Na falta deste fundamento absoluto da segurança é doravante ao ser humano social que foi entregue a rude tarefa de construir, ele mesmo, suas proteções. Entretanto, tudo passa como se a retirada de uma garantia transcendente da segurança tivesse deixado subsistir como sua

sombra projetada um desejo absoluto de ser premunido contra todas as incertezas da existência (CASTEL, 2005, p. 89, grifos do autor).

A extensão das proteções é um processo de longa duração, que se vem perpetuando no tempo e se moldando às bruscas “mutações” do homem, da conformação da sociedade e do Estado. Assim, estar protegido, ou não estar vulnerável, é um processo que “funciona em grande parte de mãos dadas com o desenvolvimento do Estado e as exigências da democracia, e sem dúvida jamais esteve tão onipresente como hoje” (CASTEL, 2005, p. 89).

Mas é preciso constatar que esses dispositivos múltiplos de proteção não apaziguam a aspiração à segurança, mas, ao contrário, relançam-na. Afinal, o ser humano contemporâneo parece pelo menos tão atormentado com a preocupação por sua segurança, por cuidados à vida, à saúde, como os longínquos ancestrais. Enfim, na esteira dessa análise, Castel traz uma contribuição importante para a saúde bucal dos adolescentes brasileiros aos quais, entretanto, não faltam boas razões para inquietar-nos e mais uma vez constatarmos quanto esse grupo tem sofrido por omissão, negligência e exclusão por serem caracterizados, acima de tudo, como vulneráveis.

CAPÍTULO 5

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Há diferentes tipos de pescadores: uns preferem a rede, recolhem tudo que podem e em seguida selecionam o que lhes serve. Outros preferem usar a linha com a isca e o anzol justos. Recolhem muito menos que os primeiros, concentram todos os seus esforços em encontrar a peça desejada.

Anônimo

Nesta investigação, usamos metodologias que possibilitaram a interação entre os sujeitos envolvidos na pesquisa, seus olhares, representações e vivências, pois, segundo Goldemberg (2001), o rigor metodológico deve possibilitar essas interações para que o olhar científico em uma pesquisa não se reduza apenas aos procedimentos metodológicos, havendo criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância. Por isso o pesquisador está sempre em estado de tensão porque sabe que seu conhecimento é parcial e limitado para ele.

Nesse sentido, o labor científico caminha sempre em duas direções:

Numa; elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, imbuem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído (MINAYO, 2004a, p. 12-13).

Para haver o conhecimento que mais se aproxima da realidade da vida do pesquisador e pesquisados, a metodologia do estudo proposto deve-se utilizar do subjetivo e do objetivo, da quantidade e da qualidade, do coletivo e do particular.

Assim, a proposta que se apresenta, tenta avançar em relação ao que é preconizado de forma geral, pela investigação avaliativa convencional. Pretende ir além das duas formas de abordagem mais clássicas, mediante a observação e a análise da dinâmica visível e subjacente dos atores sociais envolvidos no processo e suas representações por meio da *avaliação por “triangulação de métodos”* (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Um conceito que vem do interacionismo e significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de referência para localizar a posição exata de um objeto – “[...] contando com a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação crítica intersubjetiva e comparação [...]” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 29).

A premissa básica da integração proposta pelo método de triangulação repousa na idéia de que os limites de um método poderão ser contrabalançados pelo alcance de outro. Os métodos qualitativos e quantitativos, nessa perspectiva, deixam de ser percebidos como opostos para serem vistos como complementares, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. “É uma proposta metodológica que não exige grande teorização, uma vez que busca apenas integrar as vantagens da avaliação tradicional com a abordagem qualitativa e com os elementos dos processos participativos” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 31).

5.1 Desenho do Estudo

O desenho do estudo de uma pesquisa sempre dirige sua atenção para certos aspectos dos fenômenos que parecem importantes para o pesquisador em virtude de suas pressuposições. A totalidade de qualquer objeto de estudo é uma construção do pesquisador, definida em termos do que lhe parece mais útil para responder ao problema proposto para o estudo:

[...] Parece irreal supor que se pode ver, descrever e descobrir a relevância teórica de tudo. O pesquisador acaba se concentrando em alguns problemas específicos que lhe parecem de maior importância [...] No entanto, é necessário haver regras ou desenhos claros que definam o papel do pesquisador no processo de construção do estudo desde o momento de sua inserção [...] (GOLDEMBERG, 2001, p. 51, 55).

Então, o estudo quis compreender a violência estrutural cujo recorte está em sua manifestação sobre as condições de saúde bucal dos adolescentes, com prioridade para a compreensão da realidade vivida socialmente desses sujeitos e suas relações com a organização dos serviços públicos odontológicos municipais do estado do ES; não há, portanto, preocupação em explicar a causalidade dos fenômenos.

Nessa perspectiva, a opção pelo estudo de caso e investigação exploratória deveu-se ao fato de mostrar mais adequado à apreensão do objeto da investigação com o uso dos princípios da avaliação por triangulação de métodos e uma abordagem quantiquantitativa.

O termo estudo de caso, adaptado da tradição médica, tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais. É a técnica mais completa possível que considera a unidade social estudada como um todo, seja um indivíduo ou uma instituição. Esse estudo reúne o maior número possível de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa através de um mergulho profundo e exaustivo na realidade social, não conseguida, por exemplo, apenas com a análise estatística (GOLDEMBERG, 2001, p. 33, 34).

Considerando as relações entre a violência e os adolescentes como um processo que agrega questões sociais, utilizamos o enfoque *interpretativista* por intermédio da *sociologia compreensiva* fundamentada nos princípios da *filosofia comunicativa*.

Sobre o enfoque interpretativista:

[...] proporciona uma melhor compreensão do problema estudado. Na verdade, o conflito entre pesquisa qualitativa e quantitativa é muito artificial. Como nenhum pesquisador tem condições para produzir um conhecimento completo da realidade, diferentes abordagens de pesquisa podem projetar luz sobre diferentes questões [...] e o conjunto de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de coletar e analisar os dados que permite uma idéia mais ampla inteligível da complexidade de um problema. [...] arrisco afirmar que cada vez mais os pesquisadores estão descobrindo que o bom pesquisador deve lançar mão de todos os recursos disponíveis que possam auxiliar a compreensão do problema estudado. (GOLDEMBERG, 2001, p. 62, 66, 67).

A sociologia compreensiva responde de forma diferente à questão sobre o qualitativo. Essa corrente teórica, como o próprio nome indica, coloca como tarefa central das ciências sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente. Propõe a subjetividade como o fundamento do sentido da vida social e defende-se como constitutiva do social e inerente à construção da objetividade nas ciências sociais (MINAYO, 2004a).

A filosofia comunicativa preconizada por Habermas (1987) é também usada para fundamentar a avaliação por triangulação de métodos. Ela inclui os atores, não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação, o que propicia a compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho e recolhem subsídios para as mudanças necessárias (MINAYO, 2004b).

A atenção é voltada para a captura do ponto de vista de todos os atores sociais envolvidos, privilegiando os aspectos conscienciais, a subjetividade entre os sujeitos e o pesquisador¹ e os significados atribuídos pelos atores num

¹ Muito tem se falado sobre a interação do pesquisador com o tema a ser estudado por ele. Por isso, é relevante salientar essa inter-relação que existe entre o estudo proposto e suas representações na vida do profissional e pesquisador que, durante a construção desta pesquisa estava gestor, exercendo o cargo de Coordenador Estadual de Saúde Bucal, no período de julho de 2004 a maio de 2007, participando, de alguma forma, na gestão dos serviços públicos odontológicos da Esfera estadual e acompanhando as gestões municipais. Isso parece colaborar com o melhor entendimento do problema que se levanta e com a utilização do método proposto. Para a escritora e pesquisadora Mirian Goldenberg, “quanto mais o pesquisador tem consciência de suas preferências pessoais mais é capaz de evitar viés, muito mais do que aquele que trabalha com a ilusão de ser orientado apenas por considerações científicas” (GOLDEMBERG, 2001, p. 45).

determinado contexto (TRIVIÑOS, 1987). Os significados são construídos mediante as realidades de todos eles e só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social. Por isso, “a linguagem, as práticas, as coisas e os acontecimentos são inseparáveis para o estudo” (MINAYO, 2004a, p. 51).

5.2 Cenário e Sujeitos da Pesquisa

O estudo teve como cenário 54 municípios do estado do ES com as respectivas coordenações municipais de saúde bucal e/ou referências técnicas nessa área.

Em face do apoio firmado oficialmente com o Núcleo de Normalização e a coordenação estadual de saúde bucal da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) (anexos I e II), todos os 78 municípios do estado foram oficialmente convidados a participar do estudo. No entanto, dos 78 municípios, 67 possuíam coordenações e/ou referências técnicas de saúde bucal e destes apenas 54 aceitaram o convite de participar do estudo.

5.2.1 Caracterização dos Municípios

A participação dos 54 municípios no estudo (mapa 2) caracteriza uma representatividade de 80,5% dos municípios com coordenações e/ou referências técnicas municipais de saúde bucal, com a representatividade de todas as macro e microrregiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ES (mapa 1). Cabe uma ressalva: desses 54 municípios, apenas um não se identificou.

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí



Mapa 1- Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo

Fonte: SESA/ES, 2007

5.2.2 Caracterização dos Sujeitos

A escolha da amostra foi intencional e contou com a participação dos profissionais que desempenham a função de coordenador municipal de saúde bucal ou que respondem como referência técnica odontológica nos 54 municípios. Em um primeiro momento, todos esses sujeitos responderam a um questionário estruturado, aplicado durante uma reunião convocada pela coordenação estadual de saúde bucal da SESA/ES. Todos os coordenadores que faltaram à reunião foram, posteriormente, contactados por telefone e convidados a participar do estudo respondendo ao questionário via fax ou e-mail.

Com relação ao perfil dos sujeitos, não foi encontrado nenhum dado atualizado que pudesse contribuir com o estudo. Assim, é oportuno trazer algumas análises fornecidas com a aplicação do questionário desse estudo:

- I) 87% dos coordenadores são Cirurgiões-dentistas. Os demais são: 3 enfermeiros, 2 administradores e 2 professores de história;
- II) 41% estão a menos de 1 ano na qualidade de coordenador e apenas 28% têm mais de 4 anos no cargo;
- III) Mais da metade dos coordenadores (57%) faz atendimento clínico de rotina em unidade básica de saúde ou unidade da saúde da família, não exercendo com exclusividade o cargo;
- IV) A média de idade é de 33 anos. Mas quase a metade (47%) tem até 30 anos e apenas 5,3%, mais de 40 anos;
- V) A média do tempo de formado é de 9 anos. No entanto, 40% não têm mais de 5 anos de formado e apenas 11% já ultrapassou 20 anos de formação;
- VI) 37% possuem curso de pós-graduação (atualização e/ou especialização) na área da saúde coletiva e 31% fizeram o curso básico da Saúde da Família, realizado pela SESA/ES.

Os números acima reafirmam uma reivindicação antiga da classe odontológica, que é a precariedade do vínculo. O cargo de coordenação odontológica parece, ainda, não representar grande importância para a gestão da saúde. Além de o cargo não existir oficialmente, deixando o coordenador à mercê dos gestores que, muitas vezes, podem usar a função como “cabide de emprego” ou ações politiqueras.

Esses coordenadores, em sua maioria, não ganham um salário específico para o desempenho do cargo e dividem sua carga horária também em atendimentos clínicos odontológicos em unidades de saúde. Poucos são os coordenadores que estão empregados com exclusividade para exercer a gestão pública municipal de saúde bucal.

5.3 Coleta de Dados

Para melhor definição do estudo, inicialmente desenvolvemos uma pesquisa exploratória, momento em que fizemos contato com os técnicos da coordenação estadual de saúde bucal da SESA/ES e com as respectivas coordenações municipais. Essa primeira aproximação ao campo empírico nos mostrou a possibilidade de realização do estudo em âmbito estadual, em um universo amplo e significativo, uma vez que a maioria dos municípios possuía coordenações ou referências técnicas de saúde bucal.

Após apreciação e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (Anexo III), assinatura do termo de parceria da SESA/ES e consentimento dos sujeitos pesquisados (Anexo IV), iniciamos o trabalho de campo, valendo-nos de três instrumentos de coleta de informações: a observação direta, a aplicação de um questionário estruturado (Anexo V) e o grupo focal.

Minayo salienta que, durante todo o processo de estudo, o pesquisador participa da construção do conhecimento com suas percepções, conhecimentos, vivência, experiência, cotidianidade e também com a compreensão que tem das estruturas de trabalho (MINAYO, 2004a).

A observação direta foi realizada de maneira informal, ao longo das muitas visitas aos municípios e em contatos constantes com eles durante os três anos em que estive como coordenador estadual de saúde bucal, período em que também estava na construção deste estudo.

Sobre a aplicação do questionário, é consenso entre muitos autores que os questionários se configuram como “dispositivos normativos e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui naquele grupo” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 133).

Após a aplicação e análise de dados do questionário, o método quantitativo foi complementado pela intensidade e pela imersão profunda da aplicação do método qualitativo. “Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento da coleta e análise” (GOLDEMBERG, 2001, p. 53).

Assim, considerando a importância do uso do método qualitativo para a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados, realizamos o método do grupo focal² para complementar as análises dos questionários com o uso de um roteiro semi-

² Grupo Focal aborda indivíduos que têm características idênticas homogêneas, como, por exemplo, trabalhar juntos em uma mesma instituição, ter vivência, em comum, de algum fato específico. Então, por propiciar visibilidade das interações grupais, não se busca neste tipo de abordagem, uma fala única e consensual. O que se procura são argumentos e pontos de vistas, concordantes ou conflituosos, críticos ou resignados. O grupo permite, ainda, o aprofundamento das influências recíprocas entre os falantes, ou seja, a reflexividade das opiniões (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.173, 174).

estruturado³ (Anexo VI) e para enfatizar alguns aspectos que se mostraram relevantes, havendo um aprofundamento qualitativo de questões pertinentes ao grupo.

A participação dos seis coordenadores no grupo focal seguiu critérios de inclusão (Anexo VII) com base nas respostas de questões dos questionários aplicados. Para tanto, a SESA/ES nos auxiliou com o envio de dois ofícios-convites para os municípios participantes do grupo focal: um ofício aos secretários municipais de saúde (Anexo VIII) e outro aos coordenadores de saúde bucal, participantes da primeira fase do estudo (Anexo IX). Com o apoio da FUNDACENTRO/ES (Anexo X), realizamos o método de grupo focal em suas dependências, no dia 31 de agosto de 2007.

O método qualitativo não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado? A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004a).

5.4 Análise do Material

Para Habermas (2003), após a análise final e o trânsito entre os materiais empíricos e teóricos, o estudo deverá demonstrar qualidade crítica e criativa com a participação do pesquisador e não a mera observação. Não pode surpreender, portanto, o fato que toda tentativa de fundar a ciência na interpretação leve a dificuldades. No entanto, como nos acrescenta Demo:

³ Roteiros são guias que sinalizam os caminhos a seguir utilizados em entrevistas e observação de campo, servindo apenas de guia para uma entrevista coerente, sendo capaz de propiciar uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador. Ele pode ainda ser modificado durante o processo interativo em campo. Essas modificações não devem causar preocupações, uma vez que busca o ponto de vista dos entrevistados. Para entrevista de grupo focal, o roteiro deve ser suficientemente provocador para permitir um debate entusiasmado e participativo; promover condições de aprofundamento, fazendo jus ao que se pretende com esta técnica (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 135, 137).

[...] é importante evitar o mero exercício acadêmico ou a reprodução subalterna que a rigor nada conclui. Trabalho científico relevante é aquele que inova na habilidade explicativa e argumentativa, na capacidade de mexer com a realidade, etc. É aquele que vale a pena ser lido, porque acrescenta alguma coisa ao conhecimento existente (DEMO, 2004, p. 52).

Nesse sentido, todo o material coletado foi analisado à luz do método de *análise de conteúdo* de Bardin, como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitiram a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1979).

Para diversos autores, as palavras análise e interpretação estão intimamente relacionadas. Há autores que entendem a “análise” como descrição dos dados e a “interpretação” como articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos que extrapolam os dados específicos da pesquisa. Outros autores já compreendem a “análise” num sentido mais amplo, abrangendo a “interpretação”. Para Minayo, “a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa” (MINAYO, 2004a, p. 68).

Ainda com base em Minayo, pode-se apontar três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o com o contexto cultural do qual faz parte. Essas finalidades são complementares relativamente à pesquisa social (MINAYO, 1998, 2004a).

Assim, operacionalmente, na análise de conteúdo para investigações qualitativas (grupo focal), optamos pela técnica de *análise de enunciação*, em que a comunicação é compreendida como processo e não simplesmente como um dado estatístico, e o discurso como palavra em alto e um produto inacabado, um

momento de criação de significados. Deve, então, levar em conta que a produção da fala é a um tempo espontânea e constrangida pela situação (MINAYO, 1998).

Após as discussões no grupo focal e transcrição das fitas cassete, fizemos a leitura exaustiva dos textos e a classificação dos dados de acordo com as variáveis teóricas escolhidas, objetivando alusões ao objeto da pesquisa, de forma que permitiu uma leitura ampla e real do problema proposto pelo estudo.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A pesquisa não conclui absolutamente nada, ela está sempre em confronto entre o saber científico e o saber mutante, das massas, das práticas. Por isso, ela traz consigo um leque de dúvidas, inquietações, problemas e caminhos a percorrer.

Anônimo

Por meio das metodologias já mencionadas no capítulo anterior e da participação dos sujeitos pesquisados, as percepções, os saberes e as práticas desses sujeitos foram explorados e trouxeram o cotidiano de cada um deles mais perto do pesquisador, por intermédio dos questionários aplicados e de suas falas em discussões no grupo focal. Para preservar a identidade dos coordenadores participantes, eles são identificados pela letra “Q”, seguida de um número (para os participantes do questionário) e “GF”, seguida de um número (para os participantes do grupo focal).

6.1 A Saúde Bucal e o Campo das Práticas

Para falar dessa relação, torna necessário um balanço crítico do campo da saúde bucal coletiva no Brasil, pelo viés de análise do Estado e das políticas públicas de saúde. Depois de duas décadas de acúmulo de discussões em torno do assunto, percebe-se, hoje em dia, um refluxo e um “esgotamento das energias utópicas” que gravitam em torno do campo do trabalho e do cuidado em saúde (HABERMAS, 1987).

Nestes últimos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores da saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os

enormes esforços de reforma macro-estruturais e organizacionais, nos quais temos metido, não servirão para nada (MERHY, 2002, p. 72).

Isso nos remete às linhas de pensamento em que a saúde coletiva está fortemente apoiada, com ênfase à filosofia positivista. Trata-se de reconhecer que esse modo de pensar em saúde goza de prestígio e está ainda bastante difundido, quer os agentes tenham ou não consciência disso (PEREIRA, 2003).

Então, bem ou mal fica explícito que, entre os vários caminhos percorridos pela saúde bucal, como uma área do saber odontológico social, o “trabalho”, na qualidade de uma categoria sociológica chave, norteou todo o seu desenvolvimento e suas práticas (OFFE, 1989).

Testa (1992) lembra que o objeto de todo o trabalho não é algo que está pronto, definido, ele é construído. Para isso, a primeira condição na realização de um trabalho é a identificação da sua demanda (do seu objeto) no seu contexto e dimensão real, com suas necessidades legítimas. Campos (2006) relata que a oferta de serviços e práticas inadequadas às necessidades de saúde da população é um campo de tensão a ser superado pela superação de paradigmas que estiveram sob a regência do capitalismo. Para isso, é preciso servir-se de meios e instrumentos de trabalho (todos os recursos e estratégias necessários) para a produção dos atos de saúde tendo a epidemiologia como um importante instrumento de diagnóstico. Em saúde bucal, dispomos de alguns instrumentos epidemiológicos próprios para o diagnóstico situacional, o mais usado e recomendado pela OMS é o índice CPO-d.

Nesse contexto, quando analisamos a situação dos participantes desse estudo, constatamos que 55,2% das coordenações não realizaram nenhum estudo de diagnóstico em saúde bucal nos últimos quatro anos. Dos que realizaram, apenas 22% utilizaram o método do índice CPO-d, 7,4%, o método de estimativa rápida e 20,3% fizeram algum tipo de abordagem para a identificação das necessidades.

Durante as discussões no grupo focal, identificamos essa deficiência, e foi consenso que as Esferas de governo federal e estadual deveriam cobrar dos municípios a realização dos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal:

“Por que a Secretaria parou de cobrar dos municípios? [...] eu acho que deveria ter uma cobrança” (GF3).

“O Ministério tem que amarrar” (GF3).

“E é muito importante essa amarração vinda ... entende? do Governo Federal, no Ministério da Saúde” (GF6).

Avançando a discussão sobre o diagnóstico como uma ferramenta de gestão importante, mas já identificada como deficiente nas gestões municipais odontológicas, principalmente em relação à faixa etária acima dos doze anos, encontramos nas falas dos coordenadores tentativas de justificar a deficiência, tendo o pacto da atenção básica como o grande “vilão da história”. No indicador que era pactuado – procedimento de saúde bucal coletiva – existia a necessidade da realização do levantamento epidemiológico, hodiernamente com a reformulação do pacto – o Pacto pela Saúde – traz um indicador em saúde coletiva, exigindo apenas a escovação dentária supervisionada em qualquer idade.

“Antes que era bom, a gente fazia o levantamento pelo menos das crianças, mas porque? Por que nosso gestor dava apoio? Porque estava lá no pacto, ele tinha que cumprir. E hoje? Como é que vai ficar?” (GF3).

“[...] é o que a gente via antes ..., quando eu comecei nessa parte, a gente via que a pactuação era de zero a quatorze [...]” (GF5).

“Agora dá liberdade da gente agir ... mas tem gestor que não vai dá a mínima” (GF3).

Ao mesmo tempo é uma coisa muito perigosa. A liberdade nem todo mundo sabe viver com dignidade. Você dá liberdade ao gestor [...] Eu já ouvi do próprio secretário falar, não tem nada ... esse Pacto pela Vida, por exemplo, não está resultando de nada ... nada, então ele tá tranqüilo, ta tranqüilo (risos). Ou seja, aí que piorou, aí que piorou (GF1).

Aí o coordenador quer fazer, e o prefeito não sabe nada de ... Odontologia, fala assim: Eu? Gastar dinheiro com isso aí? Vou nada. No Pacto ta pedindo o que? Então faz o que tá no Pacto e só. Entendeu? Aí é pressão do prefeito em cima do secretário, do secretário em cima do coordenador ... é uma violência em cascata (GF2).

“[...] eu vejo esse indicador sem determinar a idade sendo uma coisa que pode ser utilizada em todas as pessoas, em todas as fases da vida, não priorizando determinados grupos, entendeu?” (GF4).

Posso complementar uma coisa que ela falou? Ela falou pode, pode. A questão do pode é subjetiva. Ele pode fazer ou pode não fazer. Na sua percepção de boa vontade de fazer as coisas você entende que pode como fazer. Só que o pode pro gestor pode ser, pode ser fazer, ou pode ser não fazer (GF6).

[...] o Estado? não tá nem aí, oh ... não cobra nada do gestor ... não cobra o municipal. Então lá de cima quando vem, eles têm maior respeito, porque eu sei que a Secretária de Saúde quando eles começam a atravancar lá na Prefeitura, o que que ela passa. Manda um ofício, senta lá e diz: aqui ó, o Ministério ta exigindo isso aí. Aí na mesma hora eles liberam verba ... Então eu acho que tem que amarrar bem amarrado, com o cpo-d no Pacto, não é? (GF3).

Quando os diagnósticos são realizados, estão voltados à escolares, pois 53% dos municípios, ainda, privilegiam essas ações às crianças até 14 anos. Os adolescentes ficaram em último lugar, apenas 16% das coordenações iniciaram alguma ação prioritária de diagnóstico e promoção de saúde a esse grupo etário.

“É ... o nosso lá não foi feito com adolescente, foi até 12 anos [...]” (GF6).

“[...] a fase do adolescente é a pior fase de se trabalhar em todos os termos, entendeu? ... a saúde é pior ainda” (GF5).

“O levantamento epidemiológico foi feito em cima de zero a 12 anos pra gente não mascarar, é ... porque a partir dessa idade tem muita evasão, né? Não é representativo” (GF6).

“[...] a gente percebe que o foco de atenção ao adolescente ainda precisa melhorar. Nós tivemos uma melhora muito grande com as crianças” (GF1).

Historicamente, a construção da assistência à saúde bucal com ênfase à promoção e prevenção da saúde esteve voltada às crianças. Um exemplo, já citado, foi o sistema incremental, que, para a época, parecia suficiente e resolutivo, mas esse sistema vem-se efetivando como práticas prioritárias nas organizações do trabalho. Vale ressaltar que, para 79,6% dos coordenadores, o acesso das crianças aos serviços odontológicos está entre ótimo e bom; entretanto, esse percentual cai para 55% quando tratamos dos adolescentes.

“Eu acredito que sim, que o adolescente é uma população desassistida, comprometida, de risco, e é um grande desafio pra gente, esse é o maior desafio de qualquer programa ... eu acho que é o reflexo da realidade, infelizmente” (GF1).

[...] o adolescente é um grupo populacional que não é fácil de você trabalhar, né? Porque você sabe que é uma fase da vida complicada, né? ... é... não é qualquer um que vai trabalhar com adolescente não, porque você tem que ter todo um preparo pra trabalhar ... é diferente de criança ... que você passa um filmzinho, canta uma musiquinha, pega pra escovar, e ele, fala que não vai escovar e pronto [...] (GF4).

Para a sociedade brasileira, em particular no setor saúde, é possível vislumbrar diversos paradoxos. O mais angustiante encontra sua raiz no fato de que, não

obstante as conquistas populares e democráticas no plano jurídico-institucional, a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, bem como as condições sanitárias da população (em especial a saúde bucal dos adolescentes) apresentam um desempenho negativo (BODSTEIN, 1990; 2002). Alguns adolescentes também sofrem pela estrutura familiar desajustada, que sofre com a desigualdade social, com o desemprego, com o autoritarismo adultocêntrico, com o capitalismo “selvagem” e a falta de assistência de pais e responsáveis:

[...] em função dos pais estarem envolvidos com o trabalho, ele sempre está desassistido de atenção da família e ao mesmo tempo sem ocupação integral em escola [...] e o que acontece; ele fica à mercê da informação que ele tem, que ele constrói, que ele tem de mundo com a saúde dele. Então, ele já está desassistido, vem de uma cultura de que criança criada na creche, mãe trabalhando o dia inteiro, são crianças com a boca toda cariada. Então vai ser um processo contínuo até chegar a fase adulta comprometida (GF1).

Além de os 55,2% dos municípios não realizarem nenhum estudo de necessidade para servir de base no planejamento, organização e execução do trabalho em saúde bucal, 12% desses não privilegiam nenhum grupo de usuários para o acesso aos serviços odontológicos oferecidos, nem mesmo aqueles grupos reconhecidamente prioritários, como: gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros. Alguns, na tentativa de justificarem suas negligências, descreveram alguns problemas:

- I) a falta de insumos, infra-estrutura e recursos financeiros foram os mais citados;
- II) o pouco tempo de estruturação da coordenação municipal de saúde bucal;
- III) a instabilidade do cargo, uma vez que se muda de coordenador com muita frequência, não dando tempo suficiente para criar vínculo, nem mesmo para conhecer a população;
- IV) apenas um município disse que todas as faixas etárias são atendidas sem distinção nem prioridade e que o serviço funciona.

Vejamos alguns “ruídos” sobre os problemas produzidos no interior da organização dos trabalhos:

“No município não existe insumos para a realização de programas prioritários assim” (Q1).

A coordenação do PSF e a saúde bucal entendem que o agendamento de grupos prioritários causaram um desconforto nas unidades de saúde, feitos no início da implantação do programa, por levantar o questionamento dos demais cidadãos a respeito dos critérios para a inclusão para o tratamento odontológico. Além disso, os grupos prioritários sugeridos inicialmente não se interessaram pelo atendimento prioritário e para que houvesse melhor desempenho das equipes, o agendamento foi estendido sem critérios de inclusão para toda a população [...] (Q 2).

Além de desajustes identificados na saúde da família para sua execução, a inclusão das equipes de saúde na ESF também, tem sido motivo de problemas para diversas coordenações municipais de saúde bucal. Um modelo prioritário e de referência em atenção primária à saúde, com uma imensa chance de alcançar patamares ótimos de resultados em saúde coletiva e aceitação da comunidade, tem se corrompido e produzido omissão, negligência e exclusão como tantas outras ações governamentais:

[...] eu preciso hoje colocar o dentista na Estratégia Saúde da Família, eu não consegui ... é uma briga que eu tenho lá, e aí ela não consegue ver, ela fala comigo o seguinte; é... é a minha secretária: ... a prefeita falou que não vai colocar nenhum profissional a mais na equipe porque nossas equipes estão desestruturadas, precisa qualificar ... agente teve até uma auditoria do Ministério da Saúde semana retrasada e realmente eles comprovaram que a gente tem ... equipes mas que as equipes estão péssimas, era como se não tivesse nada porque está desestruturada, não tem médico, não tem não sei o que, a população está insatisfeita quer que volte pra unidade básica ... então esse é um problema que eu tenho, que eu não consigo, aí eu tenho uma briga constante lá porque eu não consigo fazer um bom trabalho como a gente sabe que o PSF, né, preconiza, fazer um trabalho mais organizado ... além disso eu não tenho um pronto atendimento no município ... se uma pessoa sentir dor no sábado, se ela não recorrer a um outro município ela fica até segunda feira esperando por um atendimento [...] (GF4).

O que se pergunta diante dos relatos é: até onde as práticas de saúde estiveram pautadas na responsabilização clínica e sanitária? É bem verdade que existe uma enorme demanda acumulada por serviços de saúde bucal. Assim, para que haja uma intervenção resolutiva (com práticas prioritárias), estas devem estar pautadas em um profundo conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, para que realmente cause impacto nos processos sociais da saúde e da doença. Por isso, são também essenciais o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento é a oportunidade de encontro do usuário com o profissional de saúde em um processo de interseção, modificando radicalmente o processo de trabalho. Utilizando-se dessa ferramenta, é possível trabalhar a relação usuário-serviço pelo prisma da acessibilidade, no momento da recepção do usuário pelo estabelecimento de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003). No caso dos adolescentes, o acolhimento parece ainda mais importante, essencial, como meio de estreitar as relações e possibilitar o tratamento adequado.

Ao meu ver, é ... por ser uma fase de transição, [...] a pessoa está se descobrindo, né? Então, pô, uns vão para a rebeldia ao extremo. [...] eles se acham o dono da razão. Isso aí, se os profissionais envolvidos não tiverem paciência com essa fase, [...] aí é que se torna ainda mais problemático (GF2).

O vínculo é uma ferramenta que deve ser usada em associação com a do acolhimento, com a intenção de modificar o padrão de relação entre trabalhador-usuário, resultando da disposição dos profissionais em acolher e da decisão dos usuários de buscar apoio e serem co-responsáveis pela sua saúde. Então, quem presta e quem recebe o serviço são cidadãos que compartilham valores éticos, idéias de bem comum e de justiça (CAMPOS, 2003; LÁBBATE, 2002). Na concepção de Campos, vínculo “[..] é a circulação de afeto entre as pessoas [...] para que haja vínculo é preciso que as pessoas acreditem que a equipe de saúde é capaz de resolver os seus problemas de saúde” (CAMPOS, 2003, p. 28).

“O adolescente já é rebelde por si só, com o problema no dente, que faz essa pressão psicológica em cima dele, do adolescente, [...] eu acredito que quanto mais chateado, menos ele vai usar a estrutura governamental da saúde”(GF2).

O que se percebe é um considerável distanciamento entre os trabalhadores, em especial dos gestores municipais da saúde bucal, e os adolescentes. Dessa forma, não existe interação, diálogo, vínculo, ou mesmo, consciência da necessidade deles, e é justamente isso que queremos enfatizar. Não forçosamente, mas mostrar a realidade e os cotidianos desses atores, que são fundamentais no processo de organização da demanda e do acesso. No entanto, parte dessa aparente “apatia” ou insensibilidade dos coordenadores diante dos graves problemas de saúde bucal traduz um problema ainda maior: para 48,3% dos coordenadores, a política nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde tem privilegiado as crianças; para 37,7%, a política nacional não privilegia grupo algum. De todos esses dados, o que mais chama a atenção é a constatação de que, para apenas 14% dos entrevistados, o programa “Brasil Sorridente” reconhece o adolescente como faixa etária prioritária. Está evidente o descaso do Estado, em suas políticas públicas de saúde bucal, com os adolescentes.

“O que a gente vê é que...não adianta a família se incentivar ... se não tiver pra pagar ... Se o governo não mudar esse programa ... o olhar [...]” (GF2).

“Com relação à tabela do SUS, é ... eu acredito que no financeiro [...] o valor pago é brincadeira. Se tivesse condições, um incentivo maior, do município entrar com o restante e fazer, entendeu? Eu tenho certeza que a maioria dos municípios fariam” (GF2).

Se o governo der condições do município agir, ele vai agir, agora como? Tem que ter o respaldo financeiro e pessoal capacitado. [...] ah, o CEO que inventaram agora, é um céu no papel. Na realidade, na realidade, vai ser uma bomba pro município implantar um CEO. Porque vai ser ... você fazer endodontia, né? dentro do seu município? [...] Você faz por oito reais? (silêncio) ... ninguém vai fazer, aí, o social, entendeu, fica prejudicado pelo econômico, pelo financeiro. Esse financeiro ... não está escrito na Constituição, que dizer, que a saúde é direito de todos e dever do estado? (GF2).

Considerando que dos municípios participantes do estudo 85% possuem Cirurgiões-Dentistas na ESF e que essa Estratégia tem a família (todos os seus membros) por seu objeto de trabalho, atenção e cuidado, é com estranheza que observamos relatos de problemas com organização e planejamento da oferta dos serviços odontológicos; inexistência de recursos financeiros; precarização de vínculo; acolhimento e priorização da atenção à grupos de risco. Enfim, com este estudo, identificam-se situações de omissão, negligência e exclusão infiltrados nos serviços, sem a percepção desses processos. É o que o filósofo Gadamer chama de “o caráter oculto da saúde” e Minayo, Souza, Assis, de violência estrutural.

6.2 O Processo de Trabalho Odontológico e a Violência Estrutural

O homem está sempre disposto a negar tudo aquilo que não compreende.

Blaise Pascal

Para cumprir o objetivo deste estudo, a prática odontológica, mais especificamente as percepções, conhecimentos e atitudes dos participantes, é entendida como prática de violência estrutural em suas formas de gestão municipal de saúde bucal, que está inserida em uma realidade social concreta, desvendada por meio das vozes, gestos, expressões, inquietações, angústias e realizações dos coordenadores.

Comentamos no capítulo 4, principalmente no item 4.2, o problema da violência cometida pelo Estado quando não cumpre com os princípios e diretrizes do SUS, tais como a universalidade e a integralidade das ações de saúde bucal. Depois das exposições trazidas pelo referencial teórico que discute o assunto com entusiasmo, perceberíamos talvez esse grande “casamento” entre a violência a as práticas públicas (do Estado). No entanto, para os profissionais de Odontologia e

coordenadores municipais, o assunto em questão parece não tê-los ainda despertado. Assistem a toda essa problemática aparentemente “inertes”, a tudo que ocorre sem o reconhecimento de que em suas práticas (mesmo que inconscientes) estão produzindo mais violência. Quando analisamos com alguns dados a organização do trabalho das coordenações municipais de saúde bucal, fica evidente a existência de “ranhuras” que demonstram a fragilidade em que se encontram essas coordenações. Nos próximos três parágrafos, descreveremos situações que denunciam essa fragilidade, com profundos prejuízos para a Odontologia.

Com a aplicação do questionário, identificamos que 37% dos coordenadores não souberam responder em qual macro e microrregião estava localizado o município onde trabalham. Desconhecem o processo de regionalização da saúde, o que sugere também desconhecem a importância dessa estratégia de organização dos serviços por meio das “redes de atenção” e dos consórcios intermunicipais de saúde.

Observamos, ainda, que a média de existência das coordenações municipais de saúde bucal é de apenas 06 anos, no entanto, essa média se elevou por influência de alguns municípios que têm coordenação há mais de 15 anos, como é o caso de Vitória, Serra, Viana e Vila Velha. Cabem algumas ressalvas importantes: a maioria dos municípios não possui o cargo de coordenador municipal de saúde bucal criado oficialmente, bem como a coordenação estadual. Além disso, 28% dos coordenadores nem mesmo souberam dizer o tempo de existência da coordenação municipal em que trabalham.

Historicamente, o trabalho do dentista foi organizado com base na produção clínica individual, tendo como único espaço de atuação o consultório odontológico. Nesse espaço, sua atuação estava limitada apenas ao seu saber técnico-científico sobre a reabilitação dos problemas bucais fundada em uma produção independente do cuidado com a saúde bucal. Seus instrumentos de trabalho

estavam relacionados com a prática manual (artesanal), sem características e/ou necessidades de processos de planejamento do trabalho e mais distantes ainda de atuações no campo social.

“Eu acho que a situação, as condições de saúde bucal dos adolescentes no Brasil ... eu como leiga ainda, acho que tem a ver com o social, com a classe social, né? ... você nunca tinha ouvido falar tanto em saúde bucal como a gente ouve nos últimos anos ... acho que isso conta muito” (GF5).

É importante entender que o processo de trabalho em saúde bucal sempre esteve comprometido sob ameaça de uma classe de profissionais que se firmava como uma ciência médica à custa de um cientificismo extremista, do elitismo, de práticas privatistas centradas no tratamento da doença e no assistencialismo puro e simples. Por isso, os reflexos desse processo insistem em fazer parte das práticas do Cirurgião-dentista de hoje, que tem raízes em sua formação profissional e que se perpetua em suas condutas clínicas e de gestão.

De acordo com a produção teórica de Mendes Gonçalves, Merhy e Campos, este problema tem explicações à luz da concepção histórica do processo de trabalho, a começar dos seus elementos constituintes: o objeto, os meios e a atividade adequada a um fim. Essa concepção (definição) nos mostra que as práticas de saúde bucal deveriam ter como objeto de trabalho o indivíduo ou grupos de pessoas doentes, sadias ou expostos a riscos. No entanto, os processos de trabalho estão sempre sob a pressão de uma demanda acumulada de doentes, orientados no assistencialismo da livre demanda, na doença, no curativismo ineficiente e multilador.

[...] Então o que acontece..., é muito mais fácil você fazer uma extração. Aí vem um paciente e diz: Doutor resolve o problema do meu filho, tira a dor de dente dele. Você vai fazer o que? Aí isso aí fere a gente. Quer dizer, o profissional não era pra fazer essa extração ... dói o coração, mas você vai fazer” (GF2).

“[...] o problema é a falta de gestão, como gerenciar ... O dinheiro pra montar um consultório até que a gente tem, o problema se esbarra na gestão de recursos humanos [...]” (GF4).

A gestão da saúde é complexa porque absorve as deficiências de muitas outras áreas que se relacionam, constituindo um conceito ampliado de saúde. Esse conceito admite os problemas econômicos, sociais, históricos, culturais, entre outros, como coadjuvantes do processo saúde/doença. Por isso, foi preciso reorganizar a gestão das práticas de saúde do SUS por meio da ESF.

É... você lendo agora um pouco sobre a violência estrutural, fica claro mesmo que ela existe e que pra se resolver tem que envolver uma gama de instituições, o Governo todo, o social, o econômico, o financeiro, tem que entrar todos em sintonia porque senão não resolve (GF2).

Com a inclusão do Cirurgião-Dentista na ESF, o trabalho de saúde é compartilhado entre os profissionais que compõem as equipes, com pressupostos e diretrizes de trabalho bem definidos. Então, é importante entender essa Estratégia como um desafio, principalmente, para os profissionais da saúde bucal que vinham exercendo uma odontologia muito distante dos processos de gestão e da dimensão social. Em contrapartida, é uma oportunidade de redimensionamento das suas práticas públicas.

A realidade da inserção do Cirurgião-Dentista na ESF gera uma contradição, pois, apesar de 85% dos municípios participantes da pesquisa possuírem equipe de saúde bucal na Estratégia, com um total de 232 equipes, todas elas voltadas para o cuidado das famílias das populações adscritas, a gestão desses serviços continua sendo uma grande dificuldade para as coordenações que acabam por praticar as omissões, as negligências e exclusões. Um ponto comum presente nas falas dos participantes do grupo focal foi que essas dificuldades geram violência, mas é produzida por diversas formas, momentos e atores, tais como: a atuação das coordenações de saúde bucal e de seus profissionais como produtores da

violência; a fragilidade política do Cirurgião-Dentista ante a vontade política dos gestores; os locais de risco.

6.2.1 A Atuação das Coordenações de Saúde Bucal como Produtores da Violência

As coordenações municipais de saúde bucal com seus gestores (em sua maioria Cirurgiões-Dentistas) não percebem, conhecem ou possuem atitudes quanto a existente da violência estrutural em sua administração e/ou organização dos serviços. Isso se confirma quando apenas 24% dos coordenadores municipais têm alguma percepção de que existe uma relação entre os problemas de saúde bucal com adolescentes e a violência, 36,3% estão dispostos a organizar um programa prioritário em atenção à saúde bucal dos adolescentes, e somente 4 coordenadores municipais (7,4%) reconhecem que, em suas condutas na organização dos serviços, cometem algum tipo de violência:

“Talvez eu cometa sim violência, quando não priorizo outros grupos para programas: gestantes, bebês e adolescentes” (Q5).

“Não consegui atingir toda ou pelo menos grande parte da demanda exigente, como se não houvesse ‘respeito’ ao usuário” (Q3).

“A violência não é exercida por mim, mas pelo sistema que acaba excluindo uma grande parte da população. Para mim, exclusão é violência” (Q4).

“Ao priorizar alguns grupos de atendimento, para tentar organizar a demanda, acabo excluindo ou deixando de olhar outros grupos e/ou pessoas e não fornecendo a universalidade e integralidade da atenção” (Q2).

É interessante, então, notar a incapacidade dos coordenadores em fazer uma análise mais crítica sobre a gestão odontológica, a atuação profissional, a dificuldade de acesso aos serviços e as péssimas condições de saúde bucal dos seus munícipes. Os poucos que reconheceram a presença de problemas em sua gestão como uma parcela da “produção” de violência, tentam justificar-se constantemente por meio de outros problemas, tais como: as limitações de infraestrutura; as péssimas condições de vida dos usuários e as dificuldades financeiras. O fato se confirma quando a palavra *pobreza* foi a terceira mais citada pelos coordenadores como sinônimo de violência.

Um outro fato é que está muito presente no imaginário de todos que a violência se refere às infrações (homicídios, suicídios, seqüestros, entre outras). A palavra *agressão* foi a mais citada pelos participantes do estudo como sinônimo de violência. Pensar violência como uma palavra de múltiplos significados e formas de atuação, é utópico para muitos. Entendem a violência dos jornais impressos, noticiários da tv, filmes, novelas e até dos desenhos animados; no entanto, não entendem que, por trás disso tudo, existe, ainda, outro “mundo”, o de práticas violentas “camufladas” por instituições respeitadas, por grandes cargos de chefias, ou mesmo, por decisões públicas municipais.

Quando iniciamos a conversa no grupo focal, o significado de violência e sua relação com a adolescência também esteve muito distante da manifestação da violência estrutural. Na percepção dos participantes estava, ainda, muito impregnada a correlação da violência com as infrações, os problemas relacionados com a sexualidade, as drogas e a baixa-estima:

“Uma pessoa que é violentada, agredida socialmente, culturalmente, ou até sexualmente, né? Tudo isso vai influenciar na formação dessa pessoa e na saúde dela. Tem casos de adolescentes que se envolvem com drogas, crimes [...]”GF6.

Após alguns questionamentos levantados, as discussões passaram a entrar no campo da gestão pública com o reconhecimento unânime de que o Estado é mesmo o grande causador dos problemas de saúde bucal aos adolescentes, enfim, o grande “vilão” da violência estrutural, como nos relatam alguns coordenadores:

“Violência? ... é a falta de apoio e da presença do Estado” GF3.

Toda vez que o Estado se exime ou joga pra população como o único e exclusivo responsável pela sua saúde, o Estado se exime dessa responsabilidade ou co-responsabilidade, ele está causando uma agressão ... ele está causando uma violência institucional, quanto aos seus deveres de fornecer condições de prevenção e tratamento, né? (GF1).

Nesse aspecto, a escritora Bahia (2006) descrevendo sobre os desafios do SUS, nos atenta para os problemas da universalização e do atendimento integral como problemas inquietantes e contraditórios, pois na prática estão constantemente ameaçados por tensões excludentes. A máquina pública se acomoda, e tem dificuldade em produzir saúde e proteger a população.

“Os próprios causadores da violência são os que deveriam proteger, ué ... Se o Governo não fizer o que a gente fala que ele está fazendo, deixar de ajudar o adolescente aonde vamos parar? ... Se ele mudar essa opinião política dele ele vai proteger” (GF2).

As discussões nos levaram a identificar alguns possíveis fatores de proteção e de risco à saúde bucal dos adolescentes. Como fatores de proteção, foram citados os seguintes:

- I) o acesso aos serviços de saúde bucal;
- II) a educação em saúde bucal e informações básicas de higiene oral;
- III) a cultura do cuidado com a saúde bucal;
- IV) a atuação do Estado como promotora do direito à saúde.

“Um fator de proteção à saúde bucal dos adolescentes? ... depende mesmo é do Estado, né? do Governo, do Estado” (GF1).

Outros fatores interferentes na gestão pública foram citados como causadores da violência estrutural:

“Pra mim é a pobreza, pobreza em primeiro lugar” (GF1).

“[...] todo o tipo de violência. A familiar, né?, A violência financeira ... é ... a violência que a gente mesmo faz de esquecer esse grupo etário, né?” (GF4).

Chegamos a um ponto nas discussões em que reconhecemos um outro aspecto importante na produção da violência dentro do serviço público: a atuação do Cirurgião-Dentista da “ponta”, ou seja, do profissional que trabalha na produção dos serviços, que está em uma unidade de saúde para atuar na qualidade de um agente de promoção e proteção da saúde bucal dos usuários, mas não o faz assim. Vejamos alguns relatos que retratam essa situação:

“Violência estrutural é o descaso político ... e o profissional. Acho que é o descaso das duas partes. Quando o estado se omite e é de responsabilidade dele e quando o profissional se omite e é de responsabilidade dele também [...]” GF4.

“É...o problema também é nosso, de nós profissionais” (GF3).

Nem todo mundo tem a responsabilidade de estar no serviço público, de ver que aquelas pessoas que estão ali elas pagam pelo atendimento ... independente de pagar ou não, né? Eu acho que a violência estrutural está muito ligada a questão profissional também. Quando os profissionais colocam uma pessoa na cadeira ... em serviço público, ele acha que é um bico, apenas um meio pra ganhar dinheiro, e aí ele não precisa fazer isso ou aquilo... Igual eu tive um dentista uma vez que ele é ... eu convidei ele pra conversar porque eu estava tendo muita reclamação em relação ao mau humor dele e tal ... quando ele disse assim: você me paga pra dar bom dia? Porque se você me pagar pra dar bom dia eu vou começar a partir de tal a dar bom dia ... na unidade(risos)[...] (GF4).

A partir de então, estava identificado um outro grande problema, que acabava por agravar ainda mais a produção da violência em ambiente público, em serviços que deveriam promover saúde, mas, que estavam multiplicando os efeitos danosos de violência sobre usuários. Para a surpresa nossa, estávamos diante não mais do Estado enquanto promotor de violência (estrutural). Eram os profissionais, nossos colegas e amigos de classe sendo coadjuvantes diretos desse processo:

A criança senta na cadeira... tem colegas que começam de cara assim, pra secretária ó: tantas horas eu tenho que sair. Então chega e diz: qual dente é que dói? É esse aqui?. Aí o profissional vai lá e faz um curativinho, mas ele não faz uma anamnese geral... Então é isso? É nós profissionais que erramos também (GF3).

[...] às vezes o paciente tem uma baita cárie aqui mas o profissional prefere fazer um selante porque é mais rápido, mais prático... aí montamos um tipo de plantão que após uma anamnese e posterior explanação ao paciente da sua situação, o paciente iria selecionar, iria junto dizer ao dentista: eu quero tratar isso aqui doutor. O paciente iria assinar em baixo dizendo que estava ciente ... e ele teria direito a quatro consultas subseqüentes pra tratamento ... Só que nós começamos a observar que a produção começou a ficar assim, estratosférica. Os dentistas começaram a produzir de maneira, assim ... absurda... ele gastava, então 4 segundos por procedimento, e a gente começou a ver que todo o protocolo foi disvirtuado pelo profissional que deveria está ali pra colaborar, pra tratar daquelas pessoas que vão até as unidades de saúde [...] Toda vez que o profissional não assiste o paciente como deveria, esses problemas vão se acumulando. Aí vai vir o adulto doente, diabético, hipertenso ... pela alimentação errada... pela falta do profissional... construída na adolescência, que vai refletir no adulto (GF1).

“O prefeito nosso lá, ele inventou isso. Pra não dá aumento aos funcionários, aos dentistas, ele inventou a produtividade. Eu pensei e ainda comentei com os colegas: a produtividade vai comer aonde? Na caneta [...]” LIA.

“[...] Então eu falo, o SUS vai melhorar? Vai... daqui uns 30 anos (risos). Por quê? Nós superiores temos que ser educados, conscientizados” (GF3).

É preciso compreender que o SUS não é simplesmente um amontoado de papéis, leis, diretrizes e documentos ministeriais que formalizam um direito à saúde. Na

prática, todas esses respaldos legais necessitam na atuação de agentes promotores das suas políticas públicas de saúde. O problema é entender o serviço público como um trabalho que tem a comunidade por cliente que paga pelos serviços e, por isso, deve receber tratamentos de qualidade.

Fica evidente, então, a existência de um “fosso cultural” entre o Cirurgião-Dentista e o usuário que tanto necessita de cuidados. Esse distanciamento também é fruto da formação do Cirurgião-Dentista. Somos formados para pensar na doença, e quase que “adestrados” a isso, sob uma visão extremamente reducionista, biologicista, tecnicista e especializada, enquanto o SUS requer um profissional que seja sensível as demandas do coletivo, que saiba pensar e agir pela saúde, tendo a promoção e o cuidado primário à saúde como fundantes e prioritários.

6.2.2 A Fragilidade Política do Cirurgião-Dentista ante a Vontade Política dos Gestores

Mesmo diante de alguns poucos relatos dos participantes do grupo focal sobre a fragilidade do Cirurgião-Dentista ante seus gestores públicos, é fundamental descrevermos essas percepções, uma vez que estamos diante de sérios problemas de gestão que, infelizmente, os coordenadores não monitoram. Estamos falando da relação entre gestores, valendo a palavra (ordem) daquele que tem maior poder na hierarquia política municipal.

As reivindicações dos coordenadores permearam um campo de conflito de interesses políticos que passam por cima de qualquer coisa ou situação. Nesse caso, não são levadas em consideração as reais demandas da saúde do povo, as orientações e as solicitações das coordenações de saúde bucal, bem como a vontade dos usuários. O poder “fala mais alto” e o papel do político – como “funcionário”, gestor dos recursos do povo – são desvirtuados pelos interesses

eleitores e pela politicagem. Desse modo, alguns coordenadores relataram suas dificuldades com o problema exposto, fazendo até a seguinte comparação:

“Se por um lado não somos ouvidos, né? Se sofremos pressão política, sofremos com a violência. Aí, né? acabamos cometendo também violência. É uma cascata” (GF2).

“É ... existe uma violência que a gente está sofrendo e que por consequência você acaba cometendo, né?” (GF1).

Quando indagamos se os participantes do grupo focal já haviam cometido alguma violência contra a saúde bucal dos adolescentes, também fica clara essa estreita relação de tensão de poderes entre gestores e dos mandos e desmandos na gestão pública da saúde por interesses eleitores:

Evidentemente que já cometi violência, sim, como não? Não é que aconteceu comigo diretamente isso. Você via que o local onde ele queria colocar o consultório odontológico não condizia com a população que lá tem, né? ... mas o prefeito diz assim: eu tive voto lá. E você tem que provar pra população que o cara tá certo. Aí você faz violência contra a população que fica mal atendida e violência com seu ego, que é o pior ainda, né?... É você condenar você mesmo. Isso existe” (GF2).

[...] um dia veio a associação de moradores e eu tive, enquanto a representante da Secretaria, argumentar de que não deveria mais está aquele consultório ali dentro, mesmo não acreditando nessa “verdade” ... porque? Não, eu tinha que tirar a odontologia ali de dentro. Entendeu? E essa Odontologia seria, passaria pra uma Regional. Só que no momento que você tira, fisicamente, você vai quebrar o vínculo, é invariável (GF1).

[...] consultório é fácil de construir, porque todo mundo ... todo político quer mostrar que construiu um consultório, dá voto ... agora, contratar recursos humanos é difícil, então eu tenho todas essas dificuldades e acaba que agente não faz o serviço que gostaria de fazer (GF4).

Decisões centralizadoras de governantes que não entendem o serviço de saúde como prática pública amparada constitucionalmente e criada pelo povo e para o povo, que pretende levar saúde à população, eram motivo de um enorme

incômodo para os coordenadores submetidos a situações que chegavam a violentar sua moral, sua índole, além de desprezar seus conhecimentos técnicos em sua área de formação.

“Rapaz, você sentir por dentro que está fazendo uma coisa que não concorda ... “ (GF2).

Fica mais evidente, então, a presença da violência nas instituições públicas, percorrendo as diversas áreas, inclusive a saúde bucal, e assumindo um caráter decisório na deflagração das mazelas e descuidos com a saúde do povo brasileiro.

6.2.3 Os Locais de Risco

Não é objetivo de estudo desta pesquisa identificar as relações entre os problemas de gestão pública odontológica nos locais reconhecidamente como violentos no estado do ES. No entanto, esse assunto veio à tona, durante as discussões no grupo focal como mais um problema em potencial para muitas localidades. Muitas gestões organizam seu trabalho de acordo com as “leis do tráfico”, que imperam e impedem a oferta dos serviços e o acesso dos usuários, além de gerar nos profissionais, medo de trabalhar em certas localidades.

“Nós tiramos o atendimento odontológico ... por causa da violência. Os profissionais não queriam ir pra lá mais” (GF1).

“[...] já tivemos situação de tirar o PSF de um bairro, a parte odontológica saiu porque não tinha condição da gente trabalhar, era proibido. Eles diziam: aqui vocês não vão trabalhar” (GF1).

O mais impressionante foi constatar que os adolescentes fazem parte do tráfico de drogas e armas com expressividade. Muitos já são chefes e lideram verdadeiras

quadrilhas no ES. São os adolescentes quem também mais morrem e matam em vários municípios da Grande Vitória, como relatam alguns coordenadores:

“No meu município, eles já são chefes, são temidos mesmo ... Sim, lá também é assim, eles são os maiores responsáveis pelas mortes, pelos homicídios, pelas infrações ... já ganhamos inclusive um título de município mais violento” (GF1).

Eis, então, o motivo de a palavra agressão ser a mais representativa de todas, escolhida pelos coordenadores como sinônimo de violência. Importante, também, ressaltar que 42,5% deles já identificaram alguma área de risco à violência no local onde trabalham e que, para 12,9%, essa violência já prejudicou, de alguma forma, a organização (oferta/acesso) dos serviços de saúde bucal:

Em meu município já teve toque de recolher lá ... de vez em quando tem que interromper o atendimento ... passou até recentemente na televisão por causa de um adolescente que morreu do tráfico, na região de tráfico. Aí devido a morte de um adolescente que é aviãozinho lá do tráfico, é ... aquele comando mandou fechar todo o CAIC e aí tiveram que os profissionais saírem as pressas, correndo, acho que ficou quase que duas semanas sem atendimento enquanto o líder lá do tráfico não autorizava a voltar o atendimento [...] Tem um amigo meu que trabalha em um presídio que fala, que são os piores porque todo mundo tem medo deles assim. Porque eles não têm medo da morte, então é, é ... complicado ... tanto é que quando vão vacinar lá no presídio e fazer alguma ação lá ... ele falou assim: quando chega na ala lá dos adolescentes ninguém quer ir porque eles xingam ... eles aprontam com o policial [...] (GF4).

[...] eu tive relatos de algumas pessoas, até amigos meus que já foram vereadores, né? Eles comentando que, como você percebe que a maior parte das lideranças dentro do tráfico são de adolescentes. Chefiam verdadeiros bandos, adolescentes ... (espanto), são os poderosos. Falei assim: gente, você tá brincando? Sério doutora. Você chega assim tá assim aquele pelotão, aí você olha pra um de boné aqui outro ali, inclusive são muito mais organizados e disfarçados, né? São só adolescentes (risos), entre aspas, né? (GF1).

“A adolescência é uma fase difícil, ficam revoltados ... sei lá o que acontece, mas se as lideranças não souberem lidar com eles a situação tende a piorar” (GF2).

Uma pessoa que é violentada, agredida, socialmente, culturalmente, ou até sexualmente, né? Tudo isso vai influenciar na formação dessa pessoa ... Tem casos de adolescentes que se envolvem com drogas, crimes ... e isso é um grande problema hoje. Nossa ... quantas vezes precisamos parar o atendimento aqui e tal... por causa deles. Alguns médicos, dentistas... dizem mesmo: se continuar assim não vai dá pra trabalhar (GF6).

Esquecidos, os adolescentes buscam meios para a sociedade percebê-los. Passando por uma fase de transformações bruscas que constituem a formação do seu caráter, vivendo em um meio de extremas desigualdades sociais, pobreza, péssimos exemplos por parte dos políticos e exclusões (inclusive a saúde bucal), eles vão construindo seu “mundo” de “super-heróis” por meio das contravenções, infringindo leis, ameaçando a todos com o aumento do tráfico de drogas, armas e mortes violentas. Assim, ganham dinheiro, poder de compra de serviços (inclusive de serviços odontológicos), fama, status e “inclusão” social no meio (comunidade) em que residem.

“Eles recebem todo o tipo de violência. A familiar, né? violência financeira ... é ... a violência que a gente mesmo faz de esquecer esse grupo, então eles vão ser o que? Vão acabar se metendo com o que? Com o que dá prazer, dinheiro, e até fama [...] (GF6).

Pelo exposto nas falas e nas vivências dos participantes do grupo focal, temos uma noção de a como anda a violência em nosso País. A violência toma rumos cada vez mais invasivos no campo da saúde pública, com suas formas de manifestações cada vez mais preocupantes. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), no 8.º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11.º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em 23 de agosto de 2006, lança o seguinte manifesto:

Manifesto pela Segurança Cidadã e contra a Violência – A comunidade científica, os profissionais e gestores da área da saúde [...] dirigem-se à sociedade e às autoridades do país e, sobretudo, aos candidatos a presidência da república, governantes e deputados no próximo pleito, para propor que *a segurança pública e o enfrentamento da violência social sejam assumidos como uma Política Pública de Prioridade Nacional*. Entendemos que reconhecer esse problema como prioridade

significa dar-lhe lugar de destaque na gestão e na destinação de recursos. Esse apelo se fundamenta no fato de que a violência se transformou na segunda maior causa de mortalidade geral da população brasileira e na primeira causa de morte de sua juventude. A comunidade da área da saúde coletiva considera que a violência se tornou um inequívoco problema de saúde pública de elevadíssima importância epidemiológica [...] Essa crise se manifesta no medo de ir e vir e no acirramento das relações sociais; em diferentes expressões de corrupção política, de assalto ao orçamento público, inclusive ao do setor saúde; em vitimização da população civil, se autoridades públicas, de empresários; e, formas de terror que amedrontam e alimentam a permanente sensação de medo e de insegurança da população; na sensação de que os meios tradicionais são insuficientes para garantir o controle do Estado [...]. Esse quadro se soma aos crônicos problemas de exclusão, de desemprego – sobretudo para a juventude – e de aumento da informalidade em vários aspectos da vida social, atrasa o processo de democratização do país e afeta profundamente a saúde física e mental dos brasileiros. Pelos motivos expostos, defendemos uma grande mobilização da sociedade brasileira [...] que se resuma na idéia de *Segurança Cidadã* e se caracteriza pela [...] proteção social de todos os indivíduos, sobretudo das crianças e adolescentes; [...] pela complementação de políticas sociais – inclusive de saúde [...] (ABRASCO, 2006).

Entender com mais profundidade o “mundo” dos adolescentes, em especial, dos menores infratores, é um desafio que esta pesquisa apurou. Há, portanto, a necessidade de outros estudos adentrarem esses caminhos e subsidiarem políticas públicas para essa realidade demonstrada.

Quando pensamos no campo das práticas da saúde bucal e nos adolescentes, é claro o desafio que está posto e a necessidade de estreiteza entre as práticas dos serviços públicos odontológicos e as necessidades urgentes de melhoria dos indicadores de saúde bucal desse grupo etário. Pensar nas condições de saúde bucal dos adolescentes é reconhecer quanto esse grupo é excluído e sofre grandes prejuízos por isso tudo. O pior foi identificar a falta de percepções, conhecimentos e atitudes das coordenações municipais de saúde do estado do ES quanto ao problema de que tratamos.

Enfim, o que esperar das gestões públicas odontológicas?

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ciência não corresponde a um mundo a descrever. Ela corresponde a um mundo a construir.

Bachelard

Atualmente falar sobre a saúde bucal é reconhecer sua inserção em um contexto brasileiro de saúde nada confortável. As condições de vida em que vivemos refletem nas condições de saúde e, conseqüentemente, nas condições de saúde bucal do nosso povo que sofre com um sistema que não supera as imensas dificuldades encontradas no decorrer da caminhada pelo direito universal à saúde.

Em um país de desigualdades tremendas e situações de pobreza que levam muitos à condição de miseráveis, somos um país das contradições, onde alguns poucos possuem uma boa renda financeira enquanto muitos não têm o que comer. Podemos reafirmar que a Odontologia sofre influência desses problemas, afinal, em um país com essas contradições, a tragédia odontológica social é assimétrica em virtude da situação socioeconômica, que é a determinação social da saúde.

Percorrer pelos caminhos da Odontologia na construção social é transitar por um processo lento e, muitas vezes, demagogo, que se fundamentou historicamente em seu cientificismo técnico, reducionista, com ênfase a práticas assistencialistas privadas e extremamente elitistas. Como nos lembra Botazzo, a Odontologia é assim mesmo, não consegue avançar em seu discurso e falar de outros objetos que não seja o seu exclusivo, pois é prisioneira da própria prática e do seu isolamento biopolítico.

Esse estudo se configurou como um desafio para a área odontológica porque se propôs adentrar caminhos aparentemente distantes da nossa prática profissional. Foi preciso fazer uma reflexão sobre a saúde como uma “rede” de interlocuções, à qual a Odontologia está presente na condição de uma ciência que compõe a área da saúde, sendo um “nó crítico” nessa “trama”. Poucos são os estudos sobre as condições de saúde bucal dos adolescentes, menos ainda, os que fazem alguma abordagem sociológica e com o processo de trabalho na gestão pública. A maioria dos estudos está relacionada com a gravidez na adolescência, com o adolescente em conflito com a lei e o seu reconhecimento legal pelo ECA.

Discutir o processo de trabalho odontológico na gestão pública é identificar a fragilidade da classe e de seus profissionais. A saúde bucal como campo fértil e promissor de práticas sócias está muito distante da realidade em que estão organizados seus serviços públicos. Analisando as narrativas dos entrevistados, pudemos verificar a reprodução de práticas sob os pressupostos flexnerianos, voltada para o trabalho centrado no Cirurgião-Dentista e na doença, sem organização da demanda e privilégio dos riscos, diante de uma precarização de vínculos empregatícios, vínculo entre o profissional e o usuário e demais profissionais da saúde.

As condições de saúde bucal dos adolescentes são o reflexo fiel das condições em que vivem milhões de brasileiros, sem o mínimo de dignidade nem condições básicas de vida. O pior não é reconhecer os altos índices de cárie, doenças de gengiva e ausência de dentes em adolescentes, mas constatar a inexistência de uma política pública que considere essa faixa etária e suas necessidades, além de gestores que não estão sensíveis ao problema.

Deparamos práticas odontológicas altamente excludentes que nunca dão conta da demanda que “bate à porta” nas unidades de saúde, reflexo de processos de trabalho que ainda não conseguem planejar suas ações, identificar grupos prioritários de atenção e trabalhar de acordo com as diretrizes da ESF. Não há o

exercício de legitimação do SUS com suas diretrizes básicas de acesso universal, igualitário e integral. Isso representa um grande desafio e um sério problema para a saúde bucal.

Para os diversos autores já referenciados neste estudo, as deficiências na gestão do SUS têm revelado um estado de manifestação da violência que vem assolando as instituições responsáveis pela organização e oferta dos serviços. É o Estado a produzir violência (estrutural) ao invés de garantir o pleno exercício de cidadania e do direito à qualidade de vida.

Ao longo deste estudo, foi possível perceber que as coordenações municipais de saúde bucal do estado do ES não estão sensíveis à violência estrutural, conseqüentemente, não conhecem e não tomam qualquer atitude quanto ao problema. Os coordenadores têm praticado violência sem mesmo perceber que em sua gestão o adolescente não é visto como uma faixa etária que deveria receber maior atenção, mesmo havendo estudos epidemiológicos realizados pelo MS, que nos chama a atenção para os altos índices de doenças bucais e a falta de acesso aos serviços por essa faixa etária.

Alguns poucos coordenadores perceberam a perpetuação da violência existente entre gestores e usuários nos serviços públicos odontológicos e reconhecem estar diante de um sério problema para a atuação dos profissionais de saúde bucal. Desse modo, ao se tomar como um desafio a reinvenção de um novo trabalhador da saúde bucal, é necessário direcionar esforços para a formação do Cirurgião-Dentista, a politização da classe odontológica, a ampliação da participação de seus profissionais, gestores e usuários, para que esses assumam a postura de agentes sociais de mudança, contribuindo para a melhoria das condições de saúde bucal dos adolescentes e, conseqüentemente, para o exercício pleno da cidadania.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F. **La violência**: un problema de salud pública que se agraba em la región. Boletim Epidemiológico de la OPS, [S.1], v.11, p. 1-7, 1990.

AGUDELO, S. F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARRETO, M. L. et al (Org). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.39-62.

ARRIAGADA, I. **Câmbios y desigualdade n lãs famílias latinoamericanas**. Revista de la Cepal, n. 77, p. 3-30, 2002.

ASSIS, S. G. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta**: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P. **Filhos do mundo**: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO), XI; CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, VIII; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2006, Rio de Janeiro. **Manifesto pela segurança cidadã e contra a violência**. Rio de janeiro, 2006.

AYRES, J. R. C. M. **Adolescência e saúde coletiva**: aspectos epistemológicos da abordagem programática. São Paulo: Hucitec, 1990. Programação em saúde hoje.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BODSTEIN, R. C de A. Estado de bem-estar social e cidadania: questões para o debate sobre políticas sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 21-25, 1990.

BODSTEIN, R. C de A. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOTAZZO, C.; NARVAI, P. C.; MANFREDINI, M. A.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Mimeo, 1988.

BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Mimeo, 1989.

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

BOTAZZO, C. Saúde Bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, A. C et al. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed, 2003.

BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11conferencia/relatorio/relatorio.htm>. Acessado em: 27 dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Port. MS/GM nº 737**. Brasília, maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto da criança e do adolescente**. 5.ed. Brasília: Subsecretaria de edições técnicas do Senado Federal, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1ed. série B. Brasília, 2005c.

BRASIL. Conasems. **Entrevista Cecília Minayo**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 03 jul. 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa por amostra de domicílios 1998**: Análise de resultados. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/nome/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acessado em: 03 marc. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Port. MS/GM nº 91**. Brasília, jan. 2007b.

CAMACHO, T. (Org.). **Ensaio sobre violência**. Vitória: EDUFES, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: Castro, A; Malo, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.11-12.

CASTEL, R. (Org.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2004.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CAVALCANTE, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988.

CHAVES, M. M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno, 1960.

CHESNAIS, J. C. **Histoire de la violence em occident de 1800 à nos jours**. Paris: Robert Laffont Editor, 1981.

CORDÓN, J. A. Análisis históricas de la odontologia em América Latina. In: REPÚBLICA DOMINICANA. SEPAS. **Hacia una odontologia alternativa**. Puerto Plata, SEPAS/PNUD/OPS/OMS, 1981.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. In: NASCIMENTO, E. P. (Org). **Brasília capital do debate**. Brasília: Codeplan, 1997.

COSTA, H. O. G. A problematização da violência como experiência de ensinar em saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Bahia, v. 3, n. 5, 1999.

CRUZ NETO, O. **Corpos e sonhos destruídos**: relações entre a violência, pobreza e exclusão social. 1995. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. **Nem inocentes e nem heróis**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

DAMATTA, R. **Conta de mentiroso**: sete ensaios de antropologia brasileira. 2ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: out. 2007.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004.

DOMENACH, J. M. La violência. In: UNESCO (Org). **La violência y sus causas**. Paris, 1981.

EMMERICH, A. **A corporação odontológica e o seu imaginário**. 1ed. Vitória: EDUFES, 2000.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/pdres_2003_Plano_Diretor.pdf>. Acessado em: 2 fev. 2007.

FERNANDES, F. **O que é revolução**. 6ed. São Paulo: brasiliense, 1984.

Folha de São Paulo, p.12 , 02 set. 2003, B-4.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, O. M. C.; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 dez. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

FREUD, S. **El malestar en la cultura**. Madri: Biblioteca Nueva, 1973. Obras completas.

GADAMER, H-G. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro: VOZES, 2006.

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S. J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.13, p.6-17, jul. 1996.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GOLDSTEIN, R. E. **Estética em odontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

GONSALVES, E. M. B. **O processo de trabalho do cirurgião-dentista no programa saúde da família: uma contribuição à construção do SUS**, 2005, 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2005.

HABERMAS, J. A nova intransparência. **Novos Estudos Cebrap**, p. 103-114, 1987.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil**: evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD). **Entrevista**: Humberto Costa fala sobre as ações do Ministério da Saúde. Coluna Flávia Travaglino, p.14-15, 2004.

KRIGER, L. (Org.). **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 267-292.

LEVISKY, L. D. (Org.). **A adolescência pelos caminhos da violência**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LULA destaca no rádio a importância do programa de saúde bucal. **Folha Online**, São Paulo, 18 out. 2004. Disponível em:
<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u64956.shtml> Acessado em: 20jul. 2004.

MAAKAROUN, M. de F. **Violência e adolescência**: reflexões teóricas. Adolescências – aspectos clínicos e psicossociais. São Paulo: Artmed, 2002.

McALISTER, A. **Juvenile violence in the Americas**: innovative studies in research, diagnosis and prevention. Pan American Health Organization, 1998.

MENDES, I. J. M. **Promoção de saúde**: caminhando para o único. 1996. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 71-112.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v.9, p.65-78, 1993.

MINAYO, M. C de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 10(supl.1), p.7-18, 1994.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In _____ . **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 9-30.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Revista ciências e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.2-21, 1999.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a. Coleção temas sociais.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2004b.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006a. Coleção Temas em Saúde.

MINAYO, C de S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 jun. 2006b.

MINAYO, M. C de S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 jun. 2006c.

MOYSÉS, S. J.; GEVAERD, S. A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba. In: MOYSÉS, S. J. (Org). **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.

NUNES, E. D. É impossível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 4,1999.

NUNES, E. D. Apresentação saúde coletiva: construindo um campo e formando habitus. In: PASCHE, D; CRUZ, I. B. M da (Org.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Rio Grande do Sul: INIJUI, 2005. p. 15-20.

OFFE, C. A democracia contra o estado de bem estar. In:**Capitalismo desorganizado transformações contemporâneas do trabalho e da política**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

OMS (Organización Mundial de la Salud). **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000**. Ginebra: OMS, 1981.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório mundial sobre a violência**. Ginebra: OMS, 2002.

OJEDA, E. N. S. et al. Adolescência y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: **La salud del adolescente y el joven en las Americas**. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1985.

PELLEGRINO, H. **A burrice do demônio**. 3ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

PEREIRA, A. C. (Org). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4ed. São Paulo, 2000.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M. O adolescente e o direito a saúde após a constituição de 1988. **Cadernos juventude**. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

RIBEIRO, R. J. **A sociedade contra o social**. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n.1, p.9-14, jan/març. 1999.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ática, 1987.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

WEBER, M. **Ciência e política**: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal**: um desafio à democratização do setor e ao bem-estar social. Viçosa: Mimeo, 1992.

ANEXOS -

ANEXO I

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA/ES, PARA COLABORAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, POR MEIO DO NÚCLEO DE NORMALIZAÇÃO DA GERÊNCIA ESTRATÉGICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS,

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA/ES, PARA COLABORAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, POR MEIO DO NÚCLEO DE NORMALIZAÇÃO DA GERÊNCIA ESTRATÉGICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – GEVS,

Ao Núcleo de Normalização da Secretaria de Estado da Saúde – SESA/ES

Sr. Coordenadora Jaqueline Mofatti;

Eu, Moysés Francisco Vieira Netto, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, venho respeitosamente solicitar a colaboração a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Coordenação Estadual de Saúde Bucal do Núcleo de Normalização – GEVS, para a realização de um estudo que tem como principal objetivo o de identificar as percepções, conhecimentos e iniciativas, dos coordenadores municipais de saúde bucal, quanto aos problemas de saúde bucal em adolescentes e suas relações com o processo de organização do serviço público odontológico nos municípios do Estado do Espírito Santo e, ainda, identificar a compreensão desses coordenadores sobre as possíveis relações entre as más condições de saúde bucal dos adolescentes e o processo de violência. Para tanto, necessitarei do espaço privilegiado de que este Núcleo dispõe, que é o acesso a todos os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal. Assim, gostaria de aproveitar a realização de reuniões entre as Coordenações para aplicar um questionário e, posteriormente, proceder a entrevistas.

Vale informar, ainda, que todos os coordenadores não terão seus nomes e localidades de trabalho discriminados no trabalho, mas todos identificados apenas com letras. Ao final das transcrições dos questionários e das entrevistas, todo o material será imediatamente descartado.

Atenciosamente;


Moysés Francisco Vieira Netto

ANEXO II
OFÍCIO DE APOIO DA SESA AO ESTUDO PROPOSTO



Vitória, 5 de outubro de 2006

Ao Sr. Moysés Francisco Vieira Netto

Em atenção à solicitação de apoio e parceria do Núcleo de Normalização e Coordenação Estadual de Saúde Bucal / ES, vimos informá-lo que colocamo-nos à disposição para viabilizarmos a realização de reunião com os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal para aplicação do questionário e posterior discussão em grupo focal sobre o tema: Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no Espírito Santo.

Aproveitamos a oportunidade para desejar-lhe êxito no estudo que se propõe realizar.


Jaqueline Mofatti

Gerente de Regulação da Assistência/SESA/ES

ANEXO III
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 30 de novembro de 2006

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. Adauto Emmerich Oliveira
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“A violência estrutural e a saúde bucal dos adolescentes: Um estudo da gestão odontológica municipal no estado do Espírito Santo”**.

Senhor Pesquisador,

Informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, No. de Registro no CEP-113/06, intitulado: **“A violência estrutural e a saúde bucal dos adolescentes: Um estudo da gestão odontológica municipal no estado do Espírito Santo”**, e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 29 de novembro de 2006,

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO IV
MODELO DO DOCUMENTO USADO PARA O CONSENTIMENTO INFORMADO
DE PARTICIPAÇÃO DOS SUJEITOS NA PESQUISA

Eu, Moysés Francisco Vieira Netto, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, venho respeitosamente convidá-lo a participar de um estudo que tem como principal objetivo de identificar as percepções, conhecimentos e iniciativas, das coordenações municipais de saúde bucal, sobre a violência estrutural e a saúde bucal dos adolescentes.

De acordo com o Termo de Consentimento assinado, concordo em fornecer informações acerca do objetivo proposto pelo estudo, a fim de colaborar com o entendimento do processo do adolecer e suas relações com a área da saúde bucal coletiva e a violência. Os dados aqui obtidos serão utilizados para o desenvolvimento de pesquisa de dissertação de mestrado, resguardando, portanto, a não-identificação dos nomes dos entrevistados.

Autorizo a usar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de Mestrado e em quaisquer publicações futuras.

_____, ____/____/____

Participante da Pesquisa

Moysés Francisco Vieira Netto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

ANEXO V
QUESTIONÁRIO

Ao responder aos itens abaixo, levar em consideração que todos eles estão relacionados com o município onde atua como coordenador municipal de saúde bucal ou como referência técnica na área.

Existem opções de completar e de marcar “X”, podendo haver mais de um item marcado como resposta.

1. Microrregião no Plano Diretor de Regionalização (PDR) onde o município está localizado:

2. Sua idade: _____ anos.

3. Formação profissional superior? _____

4. Tempo de formado(a): _____

5. Tem curso de pós-graduação em alguma área especificada abaixo? Qual(s)?

Odontologia em Saúde Coletiva

Curso Básico da ESF (SESA)

Saúde Coletiva

outro(s)

6. Caso tenha marcado OUTRO(S), especifique:

7. Tempo de existência da coordenação municipal de saúde bucal?

8. Está exercendo o cargo ou função de coordenador de saúde bucal nesse município há quanto tempo?

menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 3 anos

mais de 4 anos

9. Há alguma equipe de saúde da família (ESF) implantada em seu município com cirurgião dentista inserido nela?

sim

não

10. Quantas? _____equipe(s).

11. Além de ocupar a função de coordenador municipal de saúde bucal, você exerce alguma outra atividade pública? Qual?

12. Existem, em funcionamento, programa(s) prioritários de promoção em saúde bucal para qual (is) grupo (s) etário(s)?

crianças até 12 anos	<input type="checkbox"/>	adolescentes	<input type="checkbox"/>
adultos e/ou idosos	<input type="checkbox"/>	nenhuma das opções	<input type="checkbox"/>

13. Caso tenha marcado NENHUMA DAS OPÇÕES, justifique sua resposta:

14. O município, nos últimos 4 anos, já realizou algum diagnóstico de saúde bucal?

sim não

15. Na questão anterior, caso tenha marcado a opção SIM, que tipo de diagnóstico utilizou?

cpo-d, ceo	<input type="checkbox"/>	Método de Estimativa Rápida	<input type="checkbox"/>
Levantamento de Necessidades	<input type="checkbox"/>	nenhuma das opções	<input type="checkbox"/>

16. Se marcou “nenhuma das opções”, que tipo de diagnóstico foi usado?

17. Na sua compreensão, no município onde trabalha, existe uma relação estreita entre problemas de saúde bucal em crianças e violência?

sim não

18. Na sua compreensão, no município onde trabalha, existe uma relação estreita entre problemas de saúde bucal em adolescentes e violência?

sim não

19. Na sua percepção, em suas condutas de organização dos serviços municipais de saúde bucal, você comete algum tipo de violência?

sim não

20. Caso tenha marcado a opção “SIM”, que tipo de violência comete?

21. Que opção abaixo expressa melhor a relação entre o acesso aos serviços odontológicos municipais e as crianças do município?

ótimo acesso

acesso deficiente

bom acesso

difícil acesso

22. Que opção abaixo expressa melhor a relação entre o acesso aos serviços odontológicos municipais de onde trabalha e os adolescentes do município?

ótimo acesso

acesso deficiente

bom acesso

difícil acesso

23. Na sua percepção, a Política Nacional de Saúde Bucal com o Programa Nacional “Brasil Sorridente” tem priorizado algum grupo etário ou grupo de risco? Qual(is)?

crianças

adolescentes

adultos e/ou idosos

não prioriza nenhum grupo específico

24. Considerando seu conhecimento sobre as condições de saúde bucal da população do município onde trabalha, com que grupo etário é muito difícil trabalhar as noções básicas de promoção e proteção das condições de saúde bucal?

crianças adolescentes adultos e idosos

não existe dificuldade com nenhuma faixa etária específica

25. Considerando os resultados do último levantamento epidemiológico das condições e saúde bucal no Brasil, "SB Brasil 2003", e também a sua percepção, que grupo etário sofre mais com a dificuldade de acesso aos **serviços primários** de atenção à saúde bucal?

crianças adolescentes adultos e idosos

26. Você saberia descrever um pouco as manifestações da violência estrutural / Institucional sobre as condições de saúde bucal dos seus munícipes?

sim não

27. No município onde trabalha, existe alguma área já identificada como área de risco à violência?

sim não

28. Caso já tenha identificado alguma área de risco à violência no município onde trabalha, essa violência já prejudicou, de alguma forma, a organização (oferta / acesso) dos serviços de saúde bucal?

sim não

29. Considerando que o indicador de procedimento coletivo do pacto da atenção básica esteve direcionado apenas à faixa etária até 14 anos e que, em 2006, esse indicador dá a chance de expansão das ações, pois não se limita mais apenas a crianças (até 14 anos), o município conseguiu atuar em outras fases de vida? Marque abaixo:

adolescentes adultos idosos

apenas em crianças

30. Se você tivesse a incumbência de planejar/organizar um programa prioritário em atenção à saúde bucal, com qual grupo, no seu entendimento, você teria maior dificuldade?

crianças adolescentes adultos idosos

31. Escreva o significado de violência com apenas uma palavra:

ANEXO VI
ROTEIRO DE ENTREVISTA
GRUPO FOCAL

1. Considerando os resultados do SB Brasil 2003, o que você saberia dizer sobre as condições de saúde bucal dos adolescentes?
2. Existe algum serviço (programa) odontológico organizado, no município onde está como coordenador, que prioriza os adolescentes?
3. Você consideraria a adolescência como um grupo etário de risco à saúde bucal? Por quê?
4. Segundo os resultados do SB Brasil 2003, no Brasil o adolescente, aos dezoito anos, já perdeu aproximadamente 50% dos seus dentes. O que você acha disso? O que isso representa? Por que isso acontece? Onde está o problema? Qual seria a solução para o problema?
5. Na sua percepção, que relação pode haver entre violência, adolescência e saúde bucal? Por quê?
6. A pesquisadora brasileira, Dra. Maria Cecília de Souza Minayo (com Bacharel em Sociologia pela University of New York, mestre em Antropologia Social pela UERJ, Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ e Coordenadora Científica do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelo – “Claves” – da FIOCRUZ) desenvolve um raciocínio sobre as manifestações da violência no mundo contemporâneo, em que o Estado, quando negligencia, omite ou exclui pessoas ou grupos de pessoas, está cometendo uma violência chamada de violência estrutural. Ela acrescenta que a violência estrutural é aquela que

incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, decisões histórico-econômicas e sociais em diante, tornando vulneráveis suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento sadio, e o pior: na maioria das vezes, apresenta-se de forma naturalizada como se não houvesse sobre ela intervenção capaz de detê-la.

Você já havia pensado sobre isso?

O que você acha sobre a violência estrutural e os problemas com a saúde bucal dos adolescentes?

7. Na sua percepção, que fatores de proteção à violência têm relevância para a saúde bucal dos adolescentes? Por quê?
8. Na sua percepção, que fatores de risco à violência têm relevância para a saúde bucal dos adolescentes? Por quê?
9. O que você, como gestor público municipal de odontologia, poderia fazer em favor da melhoria das condições de saúde bucal dos adolescentes? Dê sugestões.

ANEXO VII
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS SUJEITOS DA
PESQUISA NO GRUPO FOCAL

Com a aplicação e a avaliação dos dados do questionário, foi possível identificar a ausência de percepção, conhecimento e atitudes, dos coordenadores municipais de saúde bucal, quanto à relação dos problemas de saúde bucal na adolescência e o processo de violência estrutural. Como já descrito no capítulo 6, apenas 24% dos coordenadores percebem a relação.

Assim, a proposta do estudo com o método do grupo focal é a de aprofundar na discussão do assunto com esses sujeitos que compõem os 24% dos que percebem a estreita relação existente entre a violência estrutural e a saúde bucal dos adolescentes, com o objetivo de identificar conhecimentos, cotidianidade e práticas que enriqueçam o assunto estudado para além do material teórico.

Então, optamos por formar um grupo de coordenadores com base nas respostas de algumas questões do questionário, cujos conteúdos apresentamos abaixo:

QUESTÃO N.º 12 – Priorização da atenção à saúde aos adolescentes;

QUESTÃO N.º 18 – Reconhecimento entre a estreita relação entre a violência e a saúde bucal dos adolescentes;

QUESTÃO N.º 19 – Reconhecimento da prática de violência pelo coordenador em suas condutas de organização dos serviços municipais de saúde bucal;

QUESTÃO N.º 24 – Percepção quanto à dificuldade de trabalhar a saúde bucal com os adolescentes;

QUESTÃO N.º 25 – Reconhecimento da dificuldade de acesso dos adolescentes aos serviços de saúde bucal municipal;

QUESTÃO N.º 26 – O conhecimento sobre a manifestação da violência estrutural e seu significado;

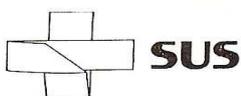
QUESTÃO N.º 29 – Existência de algum programa prioritário em promoção de saúde bucal para adolescentes;

QUESTÃO N.º 30 – A adolescência como faixa etária de maior dificuldade para planejar e organizar um programa prioritário em atenção à saúde bucal.

Optamos por não identificar os municípios e participantes do grupo focal com o intuito de preservar a livre participação dos coordenadores e não influenciar em suas discussões, questionamentos e reivindicações.

ANEXO VIII

OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO AOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA LIBERAR OS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL PARA PARTICIPAREM DA SEGUNDA FASE DA PESQUISA – GRUPO FOCAL



Of/SESA/GERA/Normalização/Saúde Bucal /nº 365 /2007.

Vitória, 22 de junho de 2007.

Ilmo Sr. Secretário;

Vimos, com o presente, informar-lhe sobre a necessidade e a grande importância da participação, da sua coordenação municipal de saúde bucal, em reunião que será realizada no dia 31 de agosto de 2007 (sexta-feira) às 15h, no auditório da FUNDACENTRO.

O assunto para esta reunião é a "Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no ES - Brasil", que compõe a segunda fase de um importante estudo de pesquisa, que há dois anos vem sendo realizado no Curso de Mestrado em Atenção à Saúde Pública da UFES, o qual, inclusive o seu coordenador municipal de saúde bucal já participou da primeira fase do estudo respondendo um questionário semi-estruturado.

Assim, consta nos registros desse estudo a participação do seu município como fonte do saber e da prática. Vale, no entanto, ressaltar que para maior validação das informações disponibilizadas os municípios participantes não serão identificados, mantendo o estudo eticamente viável com aprovação do Comitê de Ética da UFES.

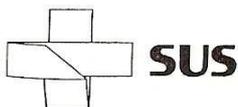
Por tudo exposto, certo da compreensão e do vosso entendimento, desde já agradecemos a atenção e a sensibilidade para a viabilização da participação do seu coordenador municipal de saúde bucal.

Atenciosamente;

Geraldo Sérgio da Fonseca Bonates
Coordenador Estadual de Saúde Bucal

Ilmo.(a) Sr.(a)
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO IX
OFÍCIO-CONVITE AOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL
PARA PARTICIPAREM DO GRUPO FOCAL



Of/SESA/GERA/Normalização/Saúde Bucal /nº 364 /2007.

Vitória, 22 de junho de 2007.

Prezados Coordenadores;

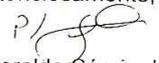
Vimos, com a presente, informar-lhe que sua participação na 2ª fase da pesquisa "Violência Estrutural e a Saúde Bucal dos Adolescentes no ES", a qual já participou da 1ª fase respondendo um questionário, está sendo solicitado formalmente ao seu Ilmo Secretário de Municipal de Saúde.

Portanto, é de grande importância para o estudo a sua participação nessa 2ª fase a qual discutiremos o assunto com maior profundidade através do método de Grupo Focal, a realizar-se no dia 31 de agosto de 2007 (sexta-feira) às 15h, no auditório da FUNDACENTRO.

Vale ressaltar que obtivemos 80,5% da participação coordenadores municipais na 1ª fase do estudo e que estamos considerando apenas 11 municípios dos 54 participantes para esta 2ª fase. Sendo assim, é de fundamental importância a sua presença para o andamento e a finalização do estudo proposto.

Assim, certo de vossa compreensão, sensibilização e participação, desde já agradecemos.

Atenciosamente;


Geraldo Sérgio da Fonseca Bonates
Coordenador Estadual de Saúde Bucal

Ilmo.(a) Sr.(a)
Coordenador(a) de Saúde Bucal Municipal

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 – Bento Ferreira – Vitória – ES – CEP 29.052-121 Telefones:
(027) 3137-2320 3137-243 Fax: (027) 3137-2387 E-MAIL: regulacao@saude.es.gov.br

ANEXO X
OFÍCIO DA SESA/ES À FUNDACENTRO DE VITÓRIA- ES
SOLICITAÇÃO DE PARCERIA COM A PROPOSTA DE REALIZAÇÃO DO
GRUPO FOCAL EM SUAS DEPENDÊNCIAS



Of/SESA/GERA/Normalização/Saúde Bucal / nº370/2007

Vitória, 23 de agosto de 2007

Prezado Senhor,

Vimos através deste, solicitar o apoio desta instituição para que possamos dar continuidade a pesquisa "Violência Estomatológica e Saúde Bucal dos Adolescentes no ES – Brasil" realizada pelo Cirurgião Dentista Moysés Francisco Vieira Netto e o orientador Dr. Adauto Emmerich. Para tanto necessitamos de uma sala de reuniões ou auditório desta entidade para o dia 07/09/07 às 15h , onde estaremos com 11 coordenadores municipais de Saúde Bucal discutindo o tema em "Grupo Focal".

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Bonates'.

Geraldo Sérgio da Fonseca Bonates
Coordenador Estadual de Saúde Bucal

Ilmo.Sra.
Marizete Lima Lopes Mendes
Diretora da FUNDACENTRO CIBES