

## SAÚDE BUCAL COLETIVA: DA REFORMA DO ESTADO AO RESGATE DA CIDADANIA

Julio Cezar Sandrini\*

SANDRINI, J. C. Saúde bucal coletiva: da reforma do Estado ao resgate da cidadania. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 3(2): 161-168, 1999.

**RESUMO:** Um fato bastante evidente que poucos param para analisar é que o homem atual vive em um planeta onde os seus semelhantes, com as mais distintas necessidades básicas de sobrevivência, convivem lado a lado com sofisticados seres transgênicos. No Brasil, a Odontologia praticada é um exemplo clássico dessa situação onde a mais alta tecnologia caminha juntamente com um índice enorme de desdentados e portadores de diversas patologias buco-dentárias. A responsabilidade para com a saúde bucal da população brasileira vai muito além da limitada capacidade e das restritas fronteiras da Odontologia. Melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas isoladas, mas na somatória dos avanços políticos que a sociedade conquistar objetivando atingir uma finalidade maior que é a verdadeira cidadania para toda a população do país.

**PALAVRAS-CHAVE:** cidadania; Estado e sociedade; odontologia social; saúde bucal.

### COLLECTIVE BUCCAL HEALTH: FROM THE REFORM OF THE STATE TO THE CITIZENSHIP ACCOMPLISHMENT

SANDRINI, J. C. Collective buccal health: from the reform of the state to the citizenship accomplishment. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 3(2): 161-168, 1999.

**ABSTRACT:** A very evident fact that a few people stop to analyze is that nowadays men are living in a world where their fellows, lacking the more basic needs for surviving, live side by side with sophisticated transgenic living things. In Brazil dentistry is a classic example of this situation, where the highest technology co-exists with a large index of teethless and bearers of dental-mouth pathologies. The responsibility for the dental health of the Brazilian population goes far beyond the limited capacity and the restricted limits of dental science. Better conditions of dental health to the Brazilian people won't be acquired with isolated technical attitudes, but adding up the political advances that the population obtains aiming at acquiring a finality that is the true citizenship for all the people of the country.

**KEY WORDS:** citizenship; dental health; social dentistry; State and society.

#### Introdução

De acordo com GARRAFA (1993), a discussão sobre a reforma do Estado e o resgate da cidadania relacionada com saúde bucal já é bastante antiga, porém, por inúmeros fatores, nunca esteve tão atual. É um tema muito complexo que exige incursões por áreas como a filosofia, a antropologia, a sociologia entre outros ramos das ciências humanas e sociais, áreas essas, nem sempre consideradas pelas práticas modernas da Odontologia.

Segundo esse mesmo autor, a Odontologia já é considerada, dentro do sistema biomédico, como uma área autônoma desde o século passado, e, desde essa época, encontravam-se registros na literatura

sobre a proximidade da saúde com o âmbito da moral onde a razão de ser da Odontologia diz respeito a uma indissociável relação com o social.

GARRAFA (1993) ainda acrescenta que, nesse sentido, cabe registrar o caráter social da moral que mostra a existência de um círculo íntimo de conexões entre este capítulo da ética, a saúde bucal e o campo social, onde este conjunto de nuances distintas porém interligadas, guarda conexão com a ética filosófica, a qual é considerada a ciência do comportamento moral dos homens na sociedade.

Para BRUGINSKI (1998), baseado na máxima de que "Estado que não cresce perde legitimidade política", implantaram-se mudanças

\* Especialista em Odontopediatria, Mestrando em Saúde Pública na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Professor de Odontopediatria e Odontologia Sanitária e Preventiva da Universidade Paranaense - UNIPAR.

Endereço para correspondência: Julio Cezar Sandrini. Curso de Odontologia. Universidade Paranaense. Pça. Mascarenhas de Moraes, s/n. Umuarama, PR. 87520-210

estruturais nas quais, objetivando ampliar a sua presença no setor produtivo, o Estado desviou-se de suas funções básicas, entre elas a saúde. Este afastamento colaborou na geração da crise que o país enfrenta nesta última década que não deixa de ser uma crise também do Estado. A partir disso, a reforma do Estado passou a ser um instrumento indispensável no propósito de assegurar o crescimento sustentado na economia e para consolidar a estabilização.

Como todas as reformas, as administrativas também prevêem mudanças, as quais nem sempre são bem vindas considerando-se a falta de vontade política em implementá-las porque essas mudanças devem ser radicais, principalmente na base filosófica do Estado.

Conforme afirmação de BAUER (1998), a partir da Constituição de 1988, a reorganização do sistema de saúde brasileiro iniciou uma reformulação organizacional e das práticas de saúde que tem exigido de forma rotineira que se enfrente o modelo hegemônico o qual há muitos anos está ancorado pelo conceito de saúde como ausência de doença, sustentado pelos interesses mercadológicos que vão do lucro da prática assistencial aos da produção farmacológica e do uso indevido da alta tecnologia diagnóstica e terapêutica.

Atualmente, de acordo com CREMA (1989), uma tendência comum a muitos países é a busca de novos paradigmas que objetivam adequar o modelo de atenção à saúde ao dia-a-dia das pessoas dentro da realidade de cada comunidade, elaborando projetos condizentes com as distintas realidades locais, mesclando os mais diversos saberes, mas garantindo a oferta de serviços e de intervenções de maneira integral que possibilitem a satisfação das necessidades da população.

Quando se observa o modelo vigente, que preconiza o trabalho em equipe, evidencia-se que está baseado muito mais no aspecto multiprofissional do que na interdisciplinaridade, resultando num aporte excessivo de procedimentos e ações, deixando de lado a integralidade e uma interação realmente produtiva e eficaz.

O desafio das transformações do modelo atual que busca um grande avanço qualitativo tem como uma de suas principais dificuldades as relações de trabalho como um todo, principalmente quando se considera o lugar ocupado pelo saber e a prática profissional.

A necessidade da reforma do Estado se torna

bastante evidente quando se observa a fragilidade de seu papel regulador num modelo de formação e inserção profissional distante da realidade da população, onde a função social e o exercício profissional encontram-se alienados, com relação a oferta-demanda realizada pela vontade e oportunidade individual e institucional, estabelecendo, assim, vínculos distantes das expectativas do cidadão, em particular, e da população, de uma maneira geral.

GOMES (1997) afirma em sua obra que a saúde no Brasil enfrenta atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um momento de transição epidemiológica, onde se misturam doenças pertinentes à pobreza, como a malária, hepatite e doença de Chagas, e enfermidades relativas aos países ricos, industrializados, como diabetes, câncer e doenças cardíacas.

Com a Odontologia não é diferente, pois o Brasil apesar de possuir o maior número de faculdades e, conseqüentemente um número elevadíssimo de profissionais atuando dentro dos mais modernos princípios da Odontologia Contemporânea, continua a apresentar índices de cárie dental bastante elevados, ou seja, por um lado desempenha uma Odontologia de alto nível tecnológico como nos países industrializados e por outro, apresenta indicadores de saúde bucal compatíveis aos dos países mais pobres do planeta.

Conforme relata PINTO (1997) em seu trabalho, a saúde bucal da população brasileira vem se deteriorando de modo progressivo, fato este demonstrado pelos dados epidemiológicos que ano após ano confirmam que as ações odontológicas desenvolvidas até alguns anos atrás, pouco contribuíram para a modificação do perfil saúde-doença da população, evidenciando que o tipo de prática adotada, o modelo organizacional e o perfil qualitativo e quantitativo dos recursos humanos, concorrem para a sua ineficácia e ineficiência. Além disso, o entendimento de que a determinação deste quadro está colocada em uma esfera que extrapola a simples assistência odontológica, não exime os serviços de encaminharem soluções que contribuam para a sua reversão.

GARRAFA (1993) diz que, mesmo que o setor de saúde bucal tenha chegado ao final deste século com amplo domínio das medidas técnicas coletivas adequadas para prevenir e curar cárie dental e doença periodontal, a Odontologia brasileira

continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única que beneficia uma pequena parcela da população que pode pagar pelos serviços odontológicos. Vem daí, juntamente com os altos índices epidemiológicos de doenças bucais constatados no país, a dificuldade de se encontrar caminhos éticos de propostas sanitárias coletivas na área de saúde bucal. Porém, além dos problemas relacionados com o setor responsável pela cidadania em saúde bucal propriamente dito, o que mais dificulta o progresso do setor são as distorções políticas que o Estado tem produzido em termos de prioridade nas últimas décadas. Este fato fica evidente quando se verifica que não descontentar empresários, empreiteiros e banqueiros continua a ser mais urgente para o governo do que buscar criar condições ideais de educação e saúde para toda a população.

### **Desenvolvimento**

Considerando a afirmação de MEIRA (1997), as culturas são estáticas e dinâmicas ao mesmo tempo, pois, apesar de suficientemente estáticas para poderem ser normativas, as culturas não são iguais em dois momentos sucessivos. Dessa maneira, todas as culturas passam por um processo dinâmico de mudança cultural. Uma sociedade é mais resistente à mudança quanto mais isolada, tradicional e homogênea ela for.

SOUZA (1992) relata que as políticas sociais, ao longo da história brasileira, curvaram-se aos interesses econômicos e particularistas da fração hegemônica situada no comando da nação. Tais interesses, na medida que perpetuavam desigualdades, ofereciam programas compensatórios com o objetivo maior de reduzir seus efeitos adversos num país de desenvolvimento desigual.

Os países mais desenvolvidos funcionam economicamente pelo alto padrão de vida da população e no Brasil, desde os tempos do colonialismo, o objetivo maior sempre foi a produção de bens para o mercado internacional. No início do século, quando predominava o modelo agrário exportador onde os portos eram fatores fundamentais para a economia, aparecem as primeiras campanhas de saúde objetivando a erradicação de doenças como a febre amarela, varíola e peste bubônica entre outras. Posteriormente, ocorrem doenças que interferiram no processo produtivo e mais uma vez o Estado através de medidas de saúde pública passa a dar respostas imediatas às questões que vão surgindo.

Desde o início do processo de colonização do país, as questões relacionadas ao poder tiveram que se amoldar ao domínio dos grandes produtores fazendo acertos que até nos dias atuais é possível identificar como realidade.

De acordo com SOUZA (1992), num passado mais recente, de 1960 para cá, houve uma grande revolução interna no país com a urbanização e a industrialização que fizeram com que a assistência à saúde contemplasse um cuidado mais amplo ao indivíduo que agora participa de uma maneira mais ativa em setores produtivos diversificados, merecendo atenção uma gama de agravos que comprometem a força de trabalho, contribuindo para a queda da qualidade de vida da população.

Esse mesmo autor coloca ainda que os cuidados prestados a esses segmentos não ficam sob a responsabilidade da saúde pública, mas de uma grande organização encarregada da sua assistência médico-odontológica: primeiramente o INPS e depois o INAMPS.

As implantações de programas são sempre ações políticas que de um modo geral, sempre subentendem relações de poder. Em um primeiro momento, a luta pelo poder, seguida da conquista do poder e depois objetivando a manutenção do poder, sem esquecer a incessante busca do aumento e perpetuação do poder.

BAUER (1998) diz que, o Estado e a Sociedade possuem uma relação política de poder que dificilmente deixa de ser conflitiva com interesses contraditórios, mas apesar disto, não deixam de constituir um todo chamado de nação ou país.

A palavra Estado foi introduzida na linguagem política por Maquiavel para caracterizar as novas relações de poder que estavam se impondo naquela época. O Estado é uma organização constituída de uma instituição política e organizacional que se supõe acima da sociedade mas que faz parte dela. Constitui a maior e mais complexa instituição criada pelos homens, tendo como seu fundamento a base econômica. É o produto que efetiva um controle mais rigoroso dos conflitos e diferenças em uma sociedade que procura estabelecer normas e regras para a mesma.

A função básica do Estado é buscar a articulação, institucionalizar, dar um caráter público às ações dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Essa ação do Estado é contraditória, na verdade o que se verifica são jogos de poder, com trocas de benefícios existentes na própria sociedade que o Estado reflete.

Com base nisso, BAUER (1998) coloca que as políticas são necessárias para atender as parcelas da população excluídas do poder na busca de suas necessidades. São aparelhos ideológicos do Estado que objetivam as projeções de ações finalizando na união de ideais para alcançar soluções das demandas sociais. A hierarquia do poder, existente dentro do Estado, propicia a formação de nichos de poder que negociam benefícios com o próprio poder geral do Estado.

Segundo NARVAI (1997), no Brasil, com o golpe militar de 1964, as liberdades democráticas foram cessadas tendo início a sua reconquista somente a partir dos anos 70 com um importante impulso em 1982 através da realização de eleições para governador em todos os Estados. Porém, somente com a promulgação da Constituição de 1988 é que o período de ditadura foi encerrado formalmente.

Na continuidade de seu trabalho, NARVAI (1997) escreve que com o término do período ditatorial, as condições favoráveis à produção científica e literária ressurgiram fortemente, objetivando trabalhar com os problemas do país na busca de soluções que viessem a contribuir de maneira significativa. No que diz respeito às políticas e aos serviços de saúde, as novas condições históricas operaram mudanças bastante importantes no sistema de saúde do país.

No final dos anos 60, a polêmica sobre o caráter da doença foi intensificada, baseada no desenvolvimento da medicina e na sociedade. O auge desta polêmica encontra explicação fora da medicina, na crise política e social que acompanha a crise econômica. Em relação à medicina, o motivo principal encontra-se na dificuldade de gerar um novo conhecimento.

Três pontos devem ser observados objetivando a geração e o impulsionamento de novos conhecimentos na área da saúde.

O primeiro é demonstrar que a doença tem caráter histórico e social, observando a distinção entre conceito de saúde e de doença como um processo biológico. O segundo, é definir o objeto de estudo para compreender o processo saúde-doença como processo social e o terceiro ponto, é conceituar a causalidade.

A melhor forma de comprovar o caráter histórico da doença é através do estudo e análise do processo que ocorre na coletividade. A natureza social da doença não se verifica no individual e sim

no coletivo, nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem.

Outra forma de mostrar o caráter social da doença é através da análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades. Em algumas o perfil patológico é dominado pelas doenças infecto-contagiosas e em outras, pelas doenças consideradas da sociedade moderna, as quais começam a ocupar um lugar importante neste perfil.

Não existe relação mecânica e necessária entre grau de desenvolvimento econômico e as condições coletivas de saúde. As relações sociais de produção existentes na sociedade são mais determinantes.

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário estudar o perfil patológico nos diversos grupos sociais, pois o processo patológico dos grupos de uma mesma sociedade se apresenta diverso quanto ao tipo de doença e sua frequência. Na sociedade capitalista, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social.

O processo saúde-doença está determinado socialmente e para explicá-lo, além dos fatores biológicos, é necessário esclarecer a sua articulação no processo social, visto que não se pode considerar a normalidade biológica do homem separada do momento histórico.

Dessa maneira, a medicina e a epidemiologia abordam o problema de modo distinto, já que a medicina trata do aprofundamento na doença individual e a epidemiologia pretende avançar na compreensão dos processos coletivos. O estudo do processo saúde-doença coletiva enfatiza o entendimento do problema da causalidade, dicotomizada no pensamento médico clínico

As grandes limitações das explicações causais evidenciam a necessidade de se buscar uma nova formulação do problema da causalidade, ou seja, da determinação do processo saúde-doença, contudo fica evidente que uma nova prática não depende somente de uma interpretação do processo saúde-doença, mas também de que se coloque em bases sociais que a possam impulsionar e sustentar.

O Brasil, juntamente com outros países de terceiro mundo, atravessa uma crise social e econômica que vem sendo enfrentada com ajustes que tem gerado muita iniquidade social. Estes ajustes têm colocado nas instituições do setor social uma responsabilidade muito grande, ainda mais quando, além disso, têm gerado retrações nas inversões do setor. Em relação à saúde, deve-se acrescentar a

esse quadro o fato de que ultimamente a intervenção estatal se alterou muito, passando de um modelo estratificado para uma proposta de ação conjunta que configuraria uma atenção em saúde integral, com universalidade e equidade.

Essa crise social e econômica também se reflete diretamente na crise do setor saúde para a qual se buscam explicações baseadas em três versões: incrementalista, economicista e estruturalista.

Na versão incrementalista, adotada especialmente por profissionais da área da saúde, a crise é decorrente de um patamar extremamente baixo de recursos setoriais e a solução seria incrementar os gastos públicos até níveis bem próximos aos gastos médios dos países mais desenvolvidos.

A versão economicista é a versão hegemônica onde a crise é decorrente das irracionalidades econômicas nas formas de gastos e a solução se baseia na implementação de profundas reformas setoriais baseadas em estratégias de racionalização, descentralização, mercado interno, privatizações, competitividade, cesta básica de serviços além de outros fatores. Essa versão para a crise no que diz respeito às irracionalidades econômicas está baseada em verdades parciais e a solução sugerida somente perpetua o modelo vigente.

Na versão estruturalista, a crise possui uma determinação estrutural decorrente da impossibilidade de conciliar, dentro da prática vigente, as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos. Entre essas forças expansivas deve-se considerar alguns determinantes como o envelhecimento da população (7,6% da população tem mais de 60 anos), a complexidade do setor saúde (a maioria das doenças são crônicas e mais de 50% da mortalidade é proveniente de doenças do sistema circulatório e causa externas), a medicalização (converte todos os padecimentos humanos em doenças), a urbanização e a tecnologia. O número de profissionais de saúde que se formam nas universidades vem crescendo ano a ano e isso pressiona o mercado de trabalho, além das corporações empresariais que também pressionam esse mesmo mercado na busca de aumentar seus lucros. Considerando que a crise é pragmática, a solução está na reversão da situação através da transformação da prática sanitária vigente.

Em sua obra, CAPRA (1987) considera que levando-se em conta o modelo vigente em que a saúde é entendida como ausência de doença com

uma visão negativa de saúde, que privilegia o curativo e que se baseia numa prática sanitária estruturada na atenção médica, torna-se necessária a construção de um novo modelo de saúde através da reorientação do modelo efetuando-se mudanças no paradigma sanitário, na prática sanitária e na concepção de saúde.

A reforma do Estado deve ser bastante abrangente de forma que os serviços não exclusivos sejam, transferidos para o setor público não estatal, através de um programa de publicização, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, isto é, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo tendo dessa maneira, direito a dotação orçamentária, obtendo uma maior autonomia e um conseqüente aumento de responsabilidades para os dirigentes desses serviços.

Com isso, adicionalmente, o controle social estaria sendo efetivado em razão de ser exercido diretamente por parte da sociedade através de seus conselhos de administração. Além disso, se obteria uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social e a sociedade a que serve, a qual deverá participar também de uma forma minoritária de seu financiamento via compra de serviços e doações.

O objetivo final dessas ações seria o aumento da eficiência e qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo significativamente menor.

CARVALHEIRO (1992) relata que no campo da saúde, a questão da qualidade nos serviços e produtos é muito complexa pois não se trata apenas de certificar a qualidade especificamente, compete ao sistema de saúde zelar pelo bem-estar da população. A nocividade do produto ou serviço dentro do processo é o elemento primordial da análise.

Considerando o interesse pelas políticas de saúde e conseqüentemente pelas mudanças do sistema de saúde onde a área odontológica está inserida, se observa a real necessidade de mudanças, principalmente quando se verifica que, no que se refere à saúde bucal, a atenção odontológica desenvolvida no país sempre foi destinada basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências dos demais grupos populacionais.

NARVAI (1997) descreve em seu trabalho que, desde meados dos anos 70, se vinha gestando na sociedade brasileira um vigoroso movimento denominado "Reforma Sanitária" o qual foi fortalecido e impulsionado pela campanha das "diretas já". Esse movimento conseguiu articular diferentes segmentos sociais em torno de um conjunto de proposições sintetizadas na consigna "pela democratização da saúde e da sociedade", a partir de núcleos de oposição política ao regime militar com atuação no setor saúde. Esse conjunto de proposições teve na VIII Conferência Nacional de Saúde um momento privilegiado de discussões e pactuação política, a qual foi de tal ordem que as principais deliberações da citada conferência estavam consagradas na Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988. Em síntese essas deliberações referiam-se ao seguinte:

- Saúde como um direito de todos e um dever do Estado.
- Criação de um sistema único de saúde (SUS).
- Gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo.
- Integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas.
- Participação da comunidade nas decisões relativas à saúde.

Esses preceitos constitucionais foram regulamentados em 1990 pelas leis federais 8080 e 8142 que estabeleceram novas bases legais para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, processo atualmente em curso e pleno em ambigüidades e contradições.

Ainda em 1986, ocorreu em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Bucal da qual se aprovou um relatório final contendo uma análise do diagnóstico de saúde bucal no Brasil, a saúde bucal como direito de cidadania, a inserção das ações odontológicas no sistema de saúde e o financiamento do setor (CONFERÊNCIA, 1986).

De acordo com ZANETTI (1994), na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, não ocorreu a expressão das pretensões de bem-estar segundo uma racionalidade técnica, ou seja, ocorreu a expressão de bem-estar segundo a visão dos dentistas mais progressistas da categoria e, certamente, o mérito maior dessa I Conferência foi, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, o de apresentar a problemática saúde-doença bucal como uma questão de cidadania (CONFERÊNCIA, 1986; 1987).

Mesmo com as mudanças no sistema odontológico, sentidas com maior impacto na década de 80 quando se introduziu no país conceitos de desmonopolização e simplificação, conforme a citação de PINTO (1992), não houveram muitas alterações no sistema vigente que continuou mantendo as suas ações voltadas para o curativo em detrimento do educativo e preventivo, reduzindo os programas a uma simples técnica de programação.

Segundo SOUZA (1992), apesar da assistência à saúde bucal ter sido historicamente construída conforme a política e a ideologia do sistema de saúde brasileiro, vale ressaltar que a criatividade, o compromisso social e político mudancista de algumas lideranças, fizeram surgir no país programas que ainda hoje se mantêm com grande competência.

GARRAFA (1993) afirma em seu trabalho que não há saúde bucal sem cidadania e que o maior desafio ético que se coloca para a Odontologia brasileira no momento atual, é o estabelecimento de atuação responsável no apoio a conquista da cidadania.

Por mais aperfeiçoadas que sejam as medidas técnicas ou programáticas, somente com a utilização não se conseguirá jamais conquistar a cidadania visto ela ser uma palavra do âmbito da justiça social que inclui a liberdade e os direitos individuais e os coletivos. Este raciocínio refere-se não só ao caráter social da ciência e tecnologia e dos usos que são feitos em nome delas, mas principalmente da responsabilidade moral relacionada com as formas como as mesmas são utilizadas.

Conforme afirma STORINO (1994) em sua obra, dentre as muitas especialidades existentes atualmente na área da Odontologia, os exemplos de distorções e aplicações indevidas de tais princípios são relativamente comuns, quer no aspecto individual ou no coletivo, no setor privado ou no público, ou ainda à frente dos serviços ou na retaguarda teórica da elaboração dos programas de atenção à saúde bucal.

Em termos de saúde bucal, o quadro epidemiológico brasileiro reflete com nitidez algumas das principais características da sociedade como crise econômica prolongada, desigualdades sociais, má distribuição de renda, etc.

A influência desses fatores sobre a área odontológica pode facilmente ser percebida ao se observar que a grande maioria da população não tem acesso às clínicas particulares, aliada à expansão

forçada da oferta de dentistas que ano a ano vem aumentando seu número na faixa de 4 a 5%.

De acordo com CHAVES (1992), estima-se que 70% do tempo disponível e dos gastos com saúde bucal no país estejam alocados na área privada em atividades curativas. O setor público que detém os 30% restantes, não possui unidade programática nem diretrizes comuns em nível nacional ou regional.

Para FRAZÃO (1994), o desenvolvimento tecnológico das práticas de saúde bucal deve ser visto como parte fundamental do processo de democratização do saber odontológico e deve compreender não apenas os insumos materiais necessários à realização da consulta e dos procedimentos odontológicos, mas deve englobar as tecnologias do cuidado, do espaço físico, as de formação e as de organização do trabalho, na perspectiva de que este desenvolvimento vise tornar apropriadas essas tecnologias e assim serem disponibilizadas à população usuária com melhoria na qualidade do atendimento.

### Considerações Finais

Conforme descrito na Carta de Curitiba do XII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) (1996), o recorte histórico do momento, é caracterizado pela reprodução, em escala ampliada, das graves contradições que marcaram a sociedade brasileira nas últimas décadas. Tais contradições, originadas em determinantes sociais, políticos e econômicos manifestam-se na saúde da população e nas possibilidades organizativas e de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARTA, 1996).

Disso resultam indicadores epidemiológicos contraditórios, relação do governo com o sistema de saúde com graves ambigüidades políticas, perplexidades operacionais e gerenciais, incertezas quanto à garantia do financiamento do setor saúde, dentre outros.

Essa mesma carta ainda diz que, as profundas desigualdades geopopulacionais na distribuição de renda e no acesso a bens e serviços acentuam grandemente os problemas, da mesma maneira que os contrastes sócio-epidemiológicos nas cidades são evidenciados entre os setores da população excluída da ordem econômica hegemônica e as minorias detentoras do poder político econômico.

Diz também que o descompromisso com a saúde é mais um ingrediente a compor o descaso

governamental com a educação pública, a política agrária e fundiária, a habitação e emprego, dentre tantas outras políticas sociais.

Entre a comunidade de mais de 180 nações do planeta, de acordo com GARRAFA (1993), constata-se na população do Brasil, um dos índices mais elevados de doenças bucais mesmo com a Odontologia brasileira sendo considerada uma das mais avançadas do mundo sob o ponto de vista técnico e essa contradição já vem sendo carregada há anos pela Odontologia do país.

FERREIRA (1998), em meio a diversas colocações, destaca que os resultados do primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado em 1986 em escolares de 6 a 12 anos, deixaram os odontólogos rubros de vergonha pois os índices encontrados colocavam o Brasil como um dos campeões mundiais em cárie dental.

Pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades, pode-se afirmar que a Odontologia praticada no Brasil é tecnicamente elogiável, mas considerando-se que ela não tem demonstrado competência em expandir essa qualidade para a maioria da população e pela inexistência de impacto social frente as iniciativas e programas públicos e coletivos implementados, é concernente afirmar que ela é cientificamente discutível e socialmente caótica.

Diante dessa situação, constata-se o doloroso paradoxo mencionado por Berlinger *apud* GARRAFA (1993), que diz:

“oscilamos entre a esperança e a repugnância. A esperança que com os instrumentos teóricos e metodológicos que já dispõem, a ciência e a técnica odontológicas consigam suplantar este vergonhoso quadro, e a repugnância diante das dezenas de milhões de homens, mulheres e crianças desdentados ou portadores de doenças bucais que se espalham pelos campos e periferias das grandes cidades do país.”

O Brasil conseguiu nos últimos anos, conforme afirma NARVAI (1994), avanços bastante significativos no que diz respeito aos aspectos legislativos do setor saúde, muito mais do que os da prática coletiva, os quais além de medíocres, estão muito distantes de acompanhar os progressos proporcionados pela lei.

Na verdade o que se necessita é passar da

teoria constitucional à prática do fazer e do transformar, mas de uma maneira mais ágil para que possa voltar a ter esperança da obtenção de um quadro mais digno no que se refere à saúde dos brasileiros.

Entretanto, em relação aos comportamentos públicos, de acordo com GARRAFA (1993), o que se nota é que a esperança continua em baixa e o que pode ser sentido é que a repugnância está presente, não somente com a corrupção que corrói os cofres públicos, como também a má aplicação das verbas, desleixo e a incompetência política e administrativa, a descontinuidade dos programas, as exacerbadas vaidades pessoais, o desrespeito e a falta de humanidade para com o paciente, a omissão, o desinteresse, a apatia.

Com a persistência do atual modelo de prática de saúde vigente, a solução não será encontrada considerando-se o princípio de livre acesso a todos os serviços por parte de qualquer cidadão.

A remoção da falsa e histórica dicotomia entre as ações educativo-preventivas versus curativas do dia-a-dia dos serviços odontológicos é imprescindível para compreender a integralidade da atenção à saúde bucal. Para isso se faz necessário resgatar a integração das atividades promocionais, preventivas e reabilitadoras, sob hegemonia das duas primeiras com o objetivo de manter a saúde, recuperá-la e novamente mantê-la quando ela for rompida.

A interdisciplinaridade da prática odontológica deve ser considerada, evitando-se a segmentação, embora se respeite e utilize as especificidades do conhecimento científico, uma vez que os problemas de saúde bucal ocorrem em todos os grupos populacionais tornando o atendimento em conjunto com outras áreas médicas indispensável.

No exercício diário das ações de saúde, incluindo a Odontologia, o conceito de liberdade deve ser adaptado ao princípio da responsabilidade, através de uma intervenção responsável e ao mesmo tempo radical no processo sanitário brasileiro indo muito além do idealismo das consciências individuais no que diz respeito à escolha das formas de agir e participar das pessoas, individualmente ou em grupo.

A transformação desse princípio ético da responsabilidade em atitudes práticas por meio de ações técnicas radicais e políticas habituais, é um grande desafio que poderá se constituir em um importante meio de impulsionar a busca da cidadania através da concretização da saúde como um direito inerente a todos os indivíduos que fazem parte da

nação, para quem sabe assim, poder transcender as limitações impostas pelo injusto modelo neoliberal vigente.

A luta por uma melhor qualidade da saúde bucal e de vida para a totalidade dos brasileiros deve ser executada técnica, científica e politicamente como um dever de todos, para que dessa maneira colaborem na construção de uma sociedade mais justa e solidária.

### Referências Bibliográficas

- BAUER, G. *Notas de aula da disciplina Estado, Sociedade e Políticas de Saúde*. Curso de Mestrado em Saúde Pública, UEPG. Março, 1998.
- BRUGINSKI, Z. *Notas de aula da disciplina Estado, Sociedade e Políticas de Saúde*. Curso de Mestrado em Saúde Pública, UEPG. Março, 1998.
- CAPRA, F. *Ponto de mutação*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- CARTA de Curitiba. *XII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico e I Encontro Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva*. Curitiba, Julho, 1996.
- CARVALHEIRO, J. R. Qualidade em saúde em tempo de crise. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 7: 20-27, maio, 1992.
- CHAVES, M. M. *Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva*. 3.ed. São Paulo: Livraria Santos, 1992. 415p.
- CONFERÊNCIA Nacional de Saúde Bucal. 1, Brasília – DF, 1986. *Relatório Final*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: DF, 1986.
- CONFERÊNCIA Nacional de Saúde. 8, Brasília – DF, 1986. *Anais*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: DF, 1987. 403p.
- CREMA, R. *Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma*. São Paulo: Summus Editorial, 1989.
- FERREIRA, R. A. Em queda livre? *Revista da APCD*. 52(2): 104-110, mar/abr., 1998.
- FRAZÃO, P. Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde em Debate*. 42: 30-35, março, 1994.
- GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. *Revista Saúde em Debate*. 41: 50-57, dezembro, 1993.
- GOMES, D. C. R. *Equipe de Saúde: o desafio da integração*. Uberlândia – MG: Edufu, 1997. 400p.
- MEIRA, A. R. *Sociedade e Saúde*. Campo Grande: Oesp, 1997. 103p.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. Hucitec, 1994.
- NARVAI, P. C. *Produção científica na área de Odontologia Preventiva e Social. Brasil 1986 – 1993*. São Paulo: USP, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.
- PINTO, V. G. *Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva*. 3.ed. São Paulo: Santos, 1992. 145p.
- PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: ABOPREV. *Promoção de Saúde Bucal*, São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.28-41.
- SOUZA, D. S. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 6: 4-9, março, 1992.
- STORINO, S. P. *Odontologia Preventiva Especializada*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. 75p.
- ZANETTI, C. H. G. Saúde Bucal: um desafio à democratização do setor. *Revista Saúde em Debate*, 45: 17-22, dezembro, 1994.

Recebido em: 28/05/99

Aceito em: 27/08/99