T
617-601
M379s

EVANILDE MARIA MARTINS

SAÚDE BUCAL, UMA NECESSIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA

UM ESTUDO DA EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA SÃO GERALDO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TITULO DE MESTRE JUNTO A FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

ORIENTADORA: EDIL VASCONCELLOS DE PAIVA

BELO HORIZONTE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO - UFMG

1993

Faculdade de Educação / UFMG.

INV 05

U. F. M. G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

489409303

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

Ac 63313

Martins, Evanilde Maria

Saude bucal, uma necessidade s
ocialmente construida um estu
o da experiencia da clinica o
617.601/M379s/T
(489459305/93)

UFMG — BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

Martins, Evanilde Maria

Saude bucal, uma necessidade s
ocialmente construida um estud
o da experiencia da clinica od
617.601/M379s/T
(489459305/93)

BU-
NTE
IÊN
ÃO

120 x 200

MOD. BU - 013 FEV/94 50.000

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA
ÚLTIMA DATA CARIMBADA

-8.AGO.1994
-3.ADR.1998
DEVOLVIDO
04 SET 2000

75 x 125

MOD. BU-016 JUN/93 20.000

M379s Martins, Evanilde Maria
Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída; um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo. Belo Horizonte.
Faculdade de Educação da UFMG, 1993.
191p.
Dissertação (Mestrado) - FAE-UFMG

CDD 321-19
617-601

Dissertação defendida e aprovada, em 04 de junho de 1993, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Edil Vasconcellos de Paiva

Prof. Edil Vasconcellos de Paiva - Orientadora

Miguel Arroyo

Prof. Miguel G. Arroyo

Somarriba

Prof. Maria das Mercês G. Somarriba

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE EDUCAÇAO
PÓS-GRADUAÇAO EM EDUCAÇAO

ATA DA 187a. (Centésima Octagésima Sétima) APRESENTAÇAO DE DISSERTAÇAO NO COLEGIADO DO CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇAO DA FAE/UFMG.

Aos quatro dias do mês de junho de mil novecentos e noventa e três, realizou-se na sala nº 307 do prédio da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, mais uma reunião para apresentação da defesa da dissertação: "**SAUDE BUCAL, UMA NECESSIDADE CONSTRUIDA - UM ESTUDO DA EXPERIENCIA DA CLINICA SAO GERALDO**", da aluna **EVANILDE MARIA MARTINS**. A banca examinadora foi composta pelos seguintes professores: Edil Vasconcellos de Paiva - Orientadora, Miguel González Arroyo e Maria das Mercês Gomes Somarriba. Os trabalhos iniciaram-se às 14 horas e 20 minutos com a síntese da dissertação feita pela mestranda. Em seguida os membros da banca fizeram uma arguição pública à candidata. Após o relato da orientadora, a banca examinadora foi unânime em aprovar a dissertação de **EVANILDE MARIA MARTINS** que passa a Mestre em Educação, devendo encaminhar à Secretaria do Curso a versão final em 05 (cinco) exemplares. Nada mais havendo a tratar, eu, Neuza Maria de Paula, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação, lavrei a presente ata que depois de lida e aprovada será por mim assinada e pelos membros da banca examinadora. Belo Horizonte, 4 de junho de 1993.

Edil Vasconcellos de Paiva
EDIL VASCONCELLOS DE PAIVA - Orientadora

MIGUEL GONZALEZ ARROYO

MARIA DAS MERCES GOMES SOMARRIBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Neuza M. de Paula
NEUZA MARIA DE PAULA
Secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação - FAE/UFMG

A todos os que acreditam que viver é contribuir para a construção de um mundo mais justo e mais feliz.

AGRADECIMENTOS

A Edil, orientadora e amiga, pelo carinho e dedicação com que acompanhou este trabalho.

A Angela Texeira e Teca, que, com seus exemplos de trabalho, foram os primeiros incentivos para iniciar esta caminhada.

A todos os meus colegas de mestrado, que, na singularidade de cada um, possibilitou a troca e a comunhão em toda esta trajetória. Com certeza, foi uma contribuição para o meu crescimento para a vida.

Aos meus pais pela paciência e compreensão dos momentos difíceis, obrigada a mãe Eva pelas incansáveis leituras deste trabalho.

Aos verdadeiros amigos, que, com fidelidade e cumplicidade, assumem a busca de uma vida melhor.

Aos colegas professores, alunos e funcionários da Clínica São Geraldo, pelo companheirismo e pelas contribuições dadas a este trabalho.

Aos usuários da Clínica São Geraldo, fonte inspiradora de todo o trabalho.

" A GENTE QUER VALER O NOSSO AMOR
A GENTE QUER VALER O NOSSO SUOR
A GENTE QUER VALER O NOSSO HUMOR
A GENTE QUER DO BOM E DO MELHOR
A GENTE QUER CARINHO E ATENÇÃO
A GENTE QUER CALOR NO CORAÇÃO
A GENTE QUER SUAR, MAS DE PRAZER
A GENTE QUER É TER MUITA SAÚDE
A GENTE QUER VIVER A LIBERDADE
A GENTE QUER VIVER FELICIDADE...
A GENTE QUER VIVER PLENO DIREITO
A GENTE QUER VIVER TODO RESPEITO
A GENTE QUER VIVER UMA NAÇÃO
A GENTE QUER E SER CIDADÃO."

(Gonzaguinha)

SUMARIO

INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS.....1

1. A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DA CLÍNICA SÃO GERALDO.....20

1.1. Modelo Inovado de Educação Odontológica.....20

1.2. História da Clínica São Geraldo.....37

1.2.1. Fase inicial _ 1978.....37

1.2.2. Odontologia Simplificada 1979-1985.....43

1.2.3. Odontologia Integral 1986-1990.....65

2. CONSTRUINDO O VALOR SAÚDE BUCAL.....73

2.1. O olhar sobre o sujeito.....73

2.2. Os usuários da Clínica São Geraldo.....78

2.3. O cuidado com a saúde bucal.....85

2.3.1. Especificidade das mulheres.....97

2.4. Motivos atribuídos às condições de saúde bucal.....100

2.4.1. Dor de dente, sinal de que algo não vai bem.....100

2.4.2. A falta de conhecimento e a falta de dinheiro.....104

2.4.3. Prática Odontológica como resposta aos problemas de saúde bucal.....110

2.4.4. Experiência da relação paciente/profissional.....116

2.5. Dente, cartão do status social.....120

Faculdade de Educação / UFMG.

3.0 CARÁTER EDUCATIVO DA CLÍNICA SÃO GERALDO.....128

3.1. A procura à clínica.....131

3.2. Relação dentista-aluno/paciente.....137

3.2.1 Aspectos da relação paciente/profissional na odontologia.....137

3.2.2. A importância do diálogo.....141

3.2.3. Ensinando/aprendendo os cuidados com a saúde bucal.....146

3.2.4. Avaliando o dentista-aluno.....152

3.3. O acesso à Clínica em discussão..... 155

3.4. A Saúde bucal enquanto objeto de reivindicação.....166

CONCLUSÃO.....175

RÉSUMÉ.....183

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....184

RESUMO

Este estudo objetivou interpretar a educação em saúde bucal fora do âmbito de práticas pedagógicas voltadas para a instrução, e informação sobre aspectos da higiene corporal. Tratou-se de compreender a construção da necessidade de saúde bucal no processo geral e, mais ampliado de formação humana. As precárias condições de saúde bucal e a mutilação dentária, muitas vezes observadas nos membros das classes populares, parecem insuficientes para gerar um movimento reivindicatório para ter a saúde bucal como direito. Pretendeu-se explorar esta questão no plano dos valores de referência dos usuários da Clínica Odontológica São Geraldo que está ligada ao Departamento de Odontologia da PUC-MG. Para tanto, utilizou-se de uma metodologia de investigação que privilegiou os atores sociais envolvidos no atendimento odontológico prestado pela Clínica. A partir da análise da experiência do trabalho realizado na Clínica e sua relação com a comunidade do bairro São Geraldo, foi possível montar o histórico de suas propostas de atuação desde sua fundação até 1990. Viu-se que o objetivo perseguido, em toda a sua trajetória, foi a expansão do atendimento odontológico e melhoria da qualidade de saúde bucal da população moradora naquele bairro. Apesar do objetivo proposto não ter sido totalmente alcançado, o trabalho da Clínica São Geraldo, com suas limitações, parece que tem propiciado a seus usuários outras representações sobre a saúde/doença bucal. Através da análise de conteúdo de 20 entrevistas realizadas com usuários da Clínica, pode-se perceber que a saúde bucal aparece como necessidade, quando garantias mínimas de sobrevivência já foram conquistadas. A luta pelo direito à saúde bucal parece concorrer com outras necessidades consideradas prioritárias. Para os entrevistados, a representação da saúde/doença bucal articula-se com a complexa embricação entre o trabalho, moradia, família, afeto, vida e morte. Observou-se que o valor saúde bucal não se restringe à dimensão do nível de instrução dos entrevistados. A saúde bucal vai se conformando enquanto necessidade dentro das condições materiais e sócio-culturais de existência destes indivíduos.

INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS

O campo da odontologia, no Estado de Minas Gerais assim como em todo Brasil, apresenta grandes contradições. Está instalado no país o maior número de escolas de odontologia do mundo. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, em 1989, o Brasil possuía mais Faculdades de Odontologia do que os Estados Unidos e o Canadá juntos. O Estado de Minas Gerais, com onze Faculdades, ocupa o segundo lugar em número de Faculdades no país. A relação dentista/habitante está próxima da relação ideal preconizada pela Organização Mundial de Saúde que é de um cirurgião dentista para dois mil e quinhentos habitantes. Em algumas regiões do país, a relação dentista/habitante chega mesmo a superar essa proporção. Por exemplo, no Estado de Minas Gerais, em 1989, a relação dentista/habitante estava em torno de 1/1394.[1]

A legalização e institucionalização da profissão de Cirurgião Dentista no Brasil, segundo CUNHA (1952), ocorreu desde 1856. Apesar de termos profissionais legalizados no país desde a época do império, o Brasil tem o maior índice de cárie do mundo e 63% dos brasileiros na faixa etária entre 50 e 59 anos usam prótese total ou dela

---

(1) Dados retirados do documento Odontologia: Força de Trabalho; características e distribuição, produzido pelo CFO em 1989.

necessitam. Na região sudeste, pessoas na faixa etária entre 15 e 19 anos e com renda familiar de até 2 salários mínimos apresentam 16% de sua dentição permanente perdida. Na faixa etária entre 35 e 44 anos, pessoas com esta mesma renda familiar já perderam 72% de sua dentição.[2]

Esses seriam alguns dados para quantificar uma situação que faz parte do cotidiano dos brasileiros. Qualquer olhar que se direcione para a cara e o sorriso deles denuncia esta situação. A perda dos dentes parece ser comum com o passar da idade. A imagem que temos do adulto é aquela pessoa parcial ou totalmente desdentada. Perder ou "arrancar" um dente parece fazer parte da história "natural" da vida dos indivíduos. A esta situação de precárias condições de saúde bucal, muitas vezes, é atribuída a ignorância da maioria da população brasileira.

Para a grande maioria da população pode-se afirmar que hoje existe uma completa falta de atenção odontológica. Os poucos serviços públicos odontológicos existentes têm, como característica, uma atuação incipiente frente aos problemas de saúde bucal encontrados na população. Em sua maioria, a assistência pública odontológica se compõe de medidas restritas à cura das doenças, tendo a exodontia como procedimento mais prevalente para a solução dos problemas.

---

(2) Dados obtidos no levantamento epidemiológico realizado nas zonas urbanas do país em 1986 e publicado pelo Ministério da Saúde, em 1988.

O Estado brasileiro não tem assumido a saúde bucal enquanto direito básico do cidadão. O Estado tem se colocado omisso na prestação da assistência odontológica, assim como na implementação de medidas preventivas mais amplas. Existe, hoje, no Brasil, um enorme contigente de população excluída do direito à atenção odontológica. Conseguir uma consulta Odontológica ainda se constitui privilégio acessível a apenas 15% dos brasileiros.

Podem ser observados no país alguns poucos programas de atenção odontológica, geralmente destinados à população escolar na faixa etária de 6 a 14 anos, que associam ao tratamento restaurador medidas preventivas calcadas na educação para a saúde. Esses modelos de educação para saúde têm, porém, assumido a transmissão de um acervo vazio de treinamentos aparentemente sem referência ou de manipulação mistificadora. Ainda fazem lembrar os modelos suscitados no final do século XIX, quando a higiene e a saúde estavam correlacionadas a um esforço generalizado de moralização e de domesticação das classes populares.

O enfoque preventivo contido nos poucos programas de atenção odontológica implementados no país nas últimas décadas tem representado inquestionável avanço no campo da consciência clínica. Por outro lado, essa consciência preventiva não tem se incorporado à prática cotidiana dos indivíduos das classes populares, cujas condições materiais,

culturais e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, e mesmo às informações, têm sido responsáveis pelo atual quadro de saúde bucal.

Lidando na minha prática profissional, como odontóloga, com essa situação tão familiar, procurei seguir a sugestão de BOURDIEU (1989, p.49) e fazer a conversão do olhar, o que era "natural" passou a ser questionado. A resignação frente à dor e à mutilação dentária, muitas vezes observada, fez com que sucitasse em mim a preocupação com os atores sociais membros das classes populares.

Como estão sendo encarados os problemas de saúde bucal por parte das classes populares? Apesar de sermos um país de desdentados, a dor e a mutilação dos dentes parecem ainda insuficientes para gerar uma ação no sentido de ter a saúde bucal como direito. A saúde bucal, porventura, ainda não se constituiu enquanto valor para as classes populares? Por que não aparece nas pautas dos movimentos reivindicatórios?

Essas preocupações com a saúde bucal desses atores sociais foram sendo gestadas desde o início de minha formação como cirurgiã dentista.

Minha opção pela área de saúde, curso de odontologia, passou pela vontade de cuidar da vida. Acreditava que, através dos conhecimentos obtidos na

Universidade, poderia propiciar formas para que as pessoas fossem mais saudáveis, mais bonitas. Tinha a ilusão de que, com alguns instrumentos e o conhecimento de como manejá-los, conseguiria o meu objetivo.

No meu processo de formação universitária, esse corpo vivo cujo sorriso e arcadas dentárias desejava transformar demorou a aparecer. Nos primeiros anos, a morte chegou primeiro através dos cadáveres que aprendi a dissecar, através das lâminas nos laboratórios, células mortas, corpos inanimados. Quanto ao indivíduo, membro das classes populares, objeto da minha intervenção, e, por que não, do meu aprendizado, ele foi, na maioria das vezes, apresentado como tarefa técnica a ser executada: exodontia, restauração plástica, tratamento endodôntico etc. Para quem pretendia cuidar da vida, a decepção logo veio: a exodontia foi a primeira tarefa odontológica que aprendi a fazer.

Minha formação foi marcada pela aprendizagem de um conhecimento que tinha como característica a redução do corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou dimensões, o sistema estomatognático, na maioria das vezes a um único elemento desse sistema, o dente. Em raros momentos, no meu processo de formação, pude observar uma preocupação com o alvo da atenção odontológica, o paciente que tem como definição o "resignado, conformado, aquele que recebe, objeto de uma ação." (FERREIRA, 1986) O homem vivo na sua

complexidade das relações sociais, podia-se dizer, era visto como uma questão metafísica, supérfluo para o conhecimento.

As explicações biológicas se tornaram insuficientes no universo de um desejo de maior compreensão daquele indivíduo que se colocava diante de mim para que fosse cuidado. O que existiria além de streptococos, dentes e cáries?

Cabe nesse ponto uma resalva. No Departamento de Odontologia da PUC-MG, onde me formei, havia grande preocupação com a realidade epidemiológica de saúde bucal. Existia o interesse de ampliar a avaliação da realidade de saúde bucal para além do fator biológico. Porém, nessa avaliação, o sujeito de nossa intervenção era visto, muitas vezes, como reflexo de uma estrutura social que se encontrava fora dele e determinava sua forma de ser.

Mesmo com esse enfoque mais ampliado e diante de um quadro epidemiológico assustador, restaram algumas questões não respondidas:

Como os problemas de saúde bucal vêm interferindo no cotidiano das pessoas? A mutilação dentária seria encarada de forma "natural" pelas classes populares?

Frente a essa problemática busquei como objeto desta dissertação, um estudo voltado para o indivíduo no cotidiano concreto de sua vida, analisando as contradições,

Faculdade de Educação / UFMG

expectativas e valores presentes na gênese da saúde bucal enquanto carência. Através das suas representações sobre a saúde/doença bucal, sobre as instituições e serviços odontológicos pretendi estabelecer a relação entre o direito à saúde bucal e a situação de desigualdade no campo sanitário a que estão submetidas as camadas populares.

A vida cotidiana, como observa HELLER (1989), é a vida do indivíduo onde ele é simultaneamente ser particular e genérico.

> "É a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias e ideologias." (HELLER, 1989, p.17).

A vida cotidiana apesar de se apresentar como "o posto", segundo a autora, é o material da história, é a verdadeira essência da substância social e o é assim, porque o mundo fenomênico, ao mesmo tempo que manifesta a realidade, também a esconde.

O estudo das representações sociais sobre a saúde/doença bucal parece fornecer elementos que facilitam o entendimento da constituição da saúde bucal enquanto necessidade a partir do ponto de vista dos sujeitos que a

sentem. Nas contradições vivenciadas por uma sociedade que lhes impõe limites os sujeitos vão estruturando suas representações sobre si mesmos e sobre o mundo.

> "As representações sociais são fenômenos complexos que extrapolam categorias puramente lógicas e invariantes. Organizam-se como um saber acerca do real que se estrutura nas relações do homem com este mesmo real."(MOSCOVICI, 1979, p.50)

> "...as representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamento e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e estas, não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior." (MOSCOVICI, 1979, p.50).

As representações sociais portanto não estão sendo aqui consideradas como impressões que os sujeitos fazem do real, e sim , como um produto do sujeito histórico e social que ao construir este real também se constrói.

As representações sociais, apesar de serem construídas em torno de um objeto real ou imaginário, jamais poderão ser captadas e analisadas à distância do viver concreto dos sujeitos. Através das representações sociais o homem se comunica e age, assim rege a relação com o mundo e com os outros homens. É através das representações que os homens organizam as comunicações e condutas sociais. (MADEIRA, 1990).

Essa investigação sobre as representações sociais da saúde/doença bucal se insere em estudos que se centram no significado atribuído pelos atores sociais, e portanto, nos conteúdos das teorias "leigas" em função de sua própria lógica e coerência.[3] Tais estudos procuram resgatar o papel dos sujeitos sociais na estruturação dinâmica do mundo social de suas experiências e do vivido enquanto prática, no sentido de movimento que se constrói e que expressa significações a partir da forma peculiar de inserção desse homem na totalidade social.

> "Nesta linha de análise, deixa de ter sentido a dicotomia entre afetivo, emocional, subjetivo, individual e o que lhes seria oposto, ou seja, o efetivo, o racional, o objetivo e o social. A racionalidade, tanto quanto a afetividade e a emotividade, se vincula e opera no concreto como síntese possível e dinâmica de um processo histórico que a extrapola. Todas estas dimensões articulam-se à especificidade da parte pela qual o sujeito se integra em determinada totalidade social." (MADEIRA, 1990, p.4).

A escolha da Clínica São Geraldo como campo de investigação ocorreu por dois motivos. O primeiro, pela minha experiência de três anos como docente da disciplina de Odontologia Social e Preventiva que possibilitou estar

---

(3) Segundo SPINK (1989, p.10), " as representações sociais constituem campo fértil para o estudo do processo saúde/doença porque permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, ou seja, este concebido como corpo de conhecimento ou como relações sociais com um grupo definido corporativamente como detentor do saber."

dicutindo e construindo, com os alunos estagiários naquele local, uma abordagem e uma intervenção odontológica que tentavam priorizar o indivíduo como sujeito no tratamento odontológico. O segundo motivo é que, na Clínica São Geraldo, já existia há treze anos uma experiência que buscava construir uma prática odontológica voltada para o atendimento de pessoas que se encontravam excluídas do acesso aos serviços odontológicos. Objetivava-se uma prática que desse conta de democratizar a atenção odontológica e que fosse capaz de transformar o quadro de saúde bucal encontrado naquele bairro e imediações.

Além disso, observações feitas durante os três anos de docência nesta Clínica demostraram que a população ali atendida, na maioria das vezes, parecia conformada com o atendimento proposto. Reivindicava muito pouco, em raros momentos se rebelava. Um dos indicadores de uma suposta insatisfação era a pronta desistência do tratamento e o alto número de faltas às consultas. Podia-se notar a aparente satisfação pela extração dentária conseguida através do atendimento de emergência.

Também foi possível observar que os pacientes que frequentavam a Clínica, durante algum tempo, demonstravam uma mudança em sua forma de se apresentarem para o tratamento. Além do mais, era também observado o prazer de alguns usuários por frequentarem a clínica.

A experiência de trabalho na Clínica São Geraldo propiciou-me alguns questionamentos: o atendimento odontológico da Clínica poderia estar contribuindo para a construção de outros valores sobre saúde/doença bucal? Em que medida estaria favorecendo a incorporação da saúde bucal enquanto direito a ser conquistado?

A primeira fase da pesquisa teve como objetivo descrever a Clínica São Geraldo, como cenário, e os atores- professores, funcionários, alunos e usuários- que lá atuavam. Nessa etapa, procurei analisar os documentos produzidos pelo Departamento de Odontologia e pelos professores que atuavam na Clínica São Geraldo. Como resultado, obtive uma primeira organização das propostas de trabalho executadas dentro de uma cronologia nesses treze anos.

Para o detalhamento desse histórico e busca de esclarecimento das dúvidas levantadas pela análise dos documentos, foram feitas entrevistas com professores e funcionários que participavam do trabalho da Clínica desde o início. Realizei entrevistas no período de julho a agosto de 1991 com três professores e uma ex-atendente da Clínica, considerados elementos chaves dentro da construção da proposta de atenção odontológica.

Nessas entrevistas foram abordados os seguintes temas:

-Processo de criação da Clínica: origem da demanda da criação da Clínica; como se deu a articulação entre Universidade e a comunidade do bairro São Geraldo; pessoas que participaram no processo de criação; atuação de cada instituição envolvida; o que ficou acertado enquanto objetivo da Clínica; programa de ação da Clínica do ponto de vista da atenção odontológica, do ponto de vista da docência.

-Desenvolvimento do programa de atenção odontológica: fases por que passou o programa; causas das várias mudanças ocorridas desde sua criação e como se deu o envolvimento com a comunidade local.

Dessa fase do trabalho resultou o primeiro capítulo da dissertação, onde tentei caracterizar a Clínica São Geraldo no contexto do projeto de Ensino Inovado de Odontologia do Departamento de Odontologia da PUC-MG e com um modelo de atenção odontológica que não se restringiu à prestação da assistência e buscou uma maior aproximação com a comunidade local.

Na segunda fase da pesquisa tentei levantar qual era o significado da saúde bucal para as pessoas usuárias da Clínica São Geraldo. Procurei observar dentro de suas

condições concretas de vida em que momento a saúde bucal aparece como *necessidade ou objeto do desejo a ser* conquistado.

Nesse momento, tratar do problema saúde/doença bucal remeteu a uma interrogação que extrapolou o corpo individual e o diagnóstico odontológico. A busca de seu significado tem a ver com uma interpretação coletiva complexa e em constante movimento. Implica colocar-se em uma perspectiva que leva em conta não apenas a doença em abstrato, mas o próprio doente, tendo a ver com a sociedade e seu discurso sobre a enfermidade e os enfermos.

Segundo MINAYO (1989, p.82), estudos empíricos sobre o fenômeno saúde/doença "estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a **concepção de saúde/doença é construída, como o doente é um personagem social."**[4]

Fiz opção por um processo de coleta de dados a partir de entrevistas. Foram realizadas vinte entrevistas no período de outubro a novembro de 1991. A seleção das pessoas entrevistadas se deu dentro do universo dos usuários que frequentavam a Clínica nos horários, de segundas e quintas-feiras, pela manhã.

---

(4) Grifos meus.

Utilizei-me das técnicas de entrevista aberta e, por vezes, semi-estruturada que, por suas características, poderiam favorecer maior aproximação do meu objeto de estudo. Através desses tipos de entrevista foi possível uma maior interação com as pessoas entrevistadas, propiciando a exposição do universo de significações próprias daquelas pessoas em referência à capacidade de expressar específica do grupo ao qual pertencem. Este tipo de entrevista favoreceu a captação de informações menos "censuradas" do que no caso de outros procedimentos como questionários fechados, por exemplo.(THIOLLENT, 1987, p.85).

Além disto, como afirma MADEIRA (1990, p.13), as representações não se esgotam no manifesto, não se restringem ao falar, mas têm que ser buscadas nas relações deste com o dizer. "O dizer, muitas vezes irrompe ou faz sentir sua presença, na sutileza dos silêncios, dos risos, das hesitações ou de outros tantos mecanismos." Na situação de entrevista foi de fundamental importância estar atenta a essas formas de dizer. Em vários momentos pude observar que existia uma forma de proteção do afloramento daquilo, que às vezes, não tem espaço nem mesmo nos entrevistados, para ser falado.

Utilizando-me desses passos metodológicos, tentei explorar o universo de vida dos entrevistados quanto às suas representações sobre saúde/doença, partindo da consideração

de que são resultantes dos processos sociais e dos processos subjetivos individuais. De acordo com autores como MOSCOVICI (1979), JODELET (1990), SPINK(1989), MADEIRA (1990), esses dois campos não são independentes, não existiria uma subjetividade isolada, mas uma subjetividade que se constrói em relação à objetividade, na prática social.

Para captar o sentido da saúde/doença representado, fez-se necessário apreender as articulações que lhe dão substância. Dentro desta problemática foi discutida a saúde/doença bucal de cada indivíduo entrevistado em sua história pessoal. Sem negar as particularidades da história pessoal de cada um, busquei entendê-la no interior das relações sociais. Para tanto foi levado em conta o alerta dado por MARX,

> "El individuo es el ser social, es la encarnación humana de un conjunto de determinaciones sociales ... es la criatura de las relaciones sociales, "por más que subjetivamente pueda elevar-se sobre las mismas"." (MARX op. cit. ENGUITA, 1985 p.98).

O objetivo de conhecer aspectos da trajetória de vida dos entrevistados foi tentar captar quais as circunstâncias que os levaram a valorizar a saúde bucal e colocá-la como necessidade. Assim, condições de vida, trabalho, e as formas de organização social que engendram as situações de saúde/doença bucal dos entrevistados tiveram

grande importância. Além do mais, procurei pesquisar como os entrevistados colocavam a atenção odontológica recebida na Clínica São Geraldo dentro de sua história de saúde/doença bucal.

As circunstâncias de vida dos entrevistados foram vistas como elemento pedagógico. Tomando este ponto de vista da teoria marxista, busquei perceber o indivíduo como ser que cria e transforma a realidade e que, ao desempenhar esse papel, coloca a si próprio como sujeito e objeto. Como afirma Marx, "las circunstancias hacen al hombre en la misma medida en que éste hace a las circuntancias." (MARX op. cit. ENGUITA, 1985, p.106). As condições materiais de vida fundamentam a formação humana porque são constituídas de relações sociais contraditórias.

O processo de categorização dos dados encontrados nas entrevistas foi o resultado da classificação analógica e progressiva. Uma das vantagens desta técnica foi a categorização dos dados após a sua coleta. Busquei assim diminuir o risco da incorporação forçada de um dado a uma categoria ou dar maior importância àquelas que apresentam maior frequência.(BARDIN, 1988, p.37).

Devo, contudo, ressaltar que os entrevistados, usuários da Clínica São Geraldo, já haviam passado por um momento de discussão e de sensibilização em relação a sua

Faculdade de Educação / UFMG

percepção da saúde/doença bucal, pois esta é uma etapa que faz parte da proposta de atendimento odontológico daquele local. Isto foi muito positivo para o processo de entrevista, pois, como afirma MINAYO (1989, p.141), este processo deve privilegiar os sujeitos que detém os atributos que a investigação pretende conhecer.

As vinte entrevistas foram realizadas na Clínica São Geraldo, pois tive a intenção de privilegiar o cenário em plena atuação, com todos os atores envolvidos. Parti do pressuposto de que as pessoas falam com desenvoltura e vivacidade daqueles temas que constituem o material de sua experiência imediata. (MINAYO,1989). Sendo assim, na maioria das vezes, optei por iniciar a conversa a partir do relato das experiências vivenciadas naquele local.

Uma desvantagem de ter escolhido a Clínica como local das entrevistas foi o barulho de dez equipamentos odontológicos funcionando, o que, muitas vezes, fez cair a qualidade das gravações. Além do mais, existiu a dificuldade para encontrar um espaço mais reservado dentro da Clínica para fazer esse tipo de entrevista, onde o entrevistado está falando sobre sua intimidade e sua vida. "O eu do sujeito é o referente básico do processo de estruturação das representações. Não um eu abstrato mas o homem concreto que forja sua identidade nas relações com o outro e com o mundo." (MADEIRA, 1990).

Muitas vezes, busquei ficar atenta às possíveis interferências que poderiam ser suscitadas pela minha posição de professora da Clínica e pela minha convivência anterior com as pessoas entrevistadas. O processo de entrevista pressupõe uma interação entre os sujeitos. Nessa interação fica exposto o caráter subjetivo desta técnica, uma vez que as características básicas de cada um de nós - entrevistador e entrevistado - interferem na percepção, nas expectativas e nos motivos do outro.

No segundo capítulo tentei identificar os sujeitos sociais usuários da Clínica Odontológica São Geraldo enquanto atores na construção do seu valor saúde bucal. Através de suas formas peculiares de expressão tentei perceber, no contexto de suas vidas, como a saúde/doença bucal aparece como fenômeno que gera interesse. Quais foram as condições e circunstâncias que influenciaram o aparecimento desse interesse. Nesse sentido foram analisadas as circunstâncias que poderiam redefinir as representações de saúde/doença bucal bem como frear as possibilidades de construção de novas representações.

Foi propósito deste trabalho analisar a saúde/doença bucal em duas vertentes, partes de um mesmo todo: na primeira pretendi verificar como as condições de vida e trabalho dos usuários da Clínica São Geraldo interferem no aparecimento e no desenvolvimento de sua

condição de saúde bucal; na segunda tentei analisar como os seus problemas de saúde bucal interferem nas suas condições de vida e no seu trânsito social.

Um dos elementos centrais da teoria das representações sociais afirma que toda representação emerge de nossa necessidade de transformar o que é estranho em algo familiar. Isto é, a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído; ancora-se o desconhecido em representações já existentes. (MOSCOVICI,1979).

Partindo desse princípio, a análise feita no segundo capítulo foi de fundamental importância para a construção do terceiro capítulo onde procurei observar como a experiência de tratamento odontológico vivenciada na Clínica São Geraldo contribuiu para a constituição da saúde bucal enquanto valor para seus usuários. Nesse sentido, tentei destacar quais foram as circunstâncias potencialmente pedagógicas, as situações propiciadoras de outras representações sobre o corpo e a saúde bucal e que poderiam estar influenciando novos cuidados com a boca e os dentes e as ações reivindicatórias para se ter a saúde bucal como direito.

CAPÍTULO I

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA SÃO GERALDO

A Clínica São Geraldo está situada no bairro do mesmo nome, na região leste da cidade de Belo Horizonte. Esta Clínica pertence ao Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais(DO PUC-MG).

A história da Clínica extra-muro São Geraldo é fruto do que se chamou de Modelo Inovado de Educação Odontológica. Primeiramente neste capítulo, tentou-se descrever este modelo dando destaque para o objetivo das clínicas extra-muros dentro das concepções de formação profissional do DO PUC-MG.

1.1 MODELO INOVADO DE EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA

O Departamento de Odontologia da PUC-MG foi fundado em 1974. Desde seu início, pretendeu-se implantar uma proposta de formação de cirurgiões dentistas o que, na ocasião, se chamou Modelo Inovado de Educação Odontológica. Tal proposta apresentou características diversas a partir da adesão a modelos de atenção à saúde que foram sendo discutidos e implementados em vários momentos de seu desenvolvimento.

Faz-se importante ressaltar que a partir dos meados da década de 70, o Estado brasileiro vivia uma crise de legitimidade do regime e que teve como reflexos mudanças na atitude dos setores liberais, a volta do Estado de direito e a discussão da questão dos direitos humanos. (VASCONCELOS, 1986).

Ao lado disso, podia-se observar uma crescente deterioração das condições de vida nos grandes centros urbanos e a ascensão dos movimentos e das organizações políticas de oposição, que foram configurando espaços de articulação de diferentes formas de organização de moradores na luta pelo direito à cidadania.

As políticas públicas procuravam maior efetividade na resolução da questão social, pois o processo de urbanização, naquele momento, agravou ainda mais as distâncias e segregações da apropriação dos serviços de consumo coletivo entre o centro e as áreas da periferia.

Nesse momento, a implantação das políticas sociais pode ser considerada reflexo da busca de legitimidade do Estado junto aos setores populares. A expansão e a tentativa de melhoria da rede de serviços de saúde, segundo JACOBI (1989, p.20), é realizada por uma interação entre os órgãos prestadores de assistência à saúde e a população.

As políticas públicas de saúde vinham sendo concretizadas com a implantação do modelo de Medicina Comunitária, através de uma série de projetos. A Medicina Comunitária foi definida como:

> "Prática médica não hegmônica, complementar à medicina científica e destinada a populações marginalizadas e caracterizada por ter como objeto a comunidade local, pela utilização da equipe de saúde com ampla delegação de funções para pessoal auxiliar, pela destecnificação do ato médico através do uso de tecnologia apropriada, pela integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, pela hierarquização dos serviços que viabilizam a universalização dos cuidados primários, pela inclusão de práticas médicas alternativas e pela utilização da participação comunitária." (MENDES, 1985, p.60).

Nos países capitalistas como o Brasil, segundo MENDES (1985, p.46), o modelo de Medicina Comunitária se caracterizou por ser uma prática médica complementar, num sistema dual onde ela coexistiu com a Medicina Científica e estava destinada a categorias sociais que estavam excluídas do consumo dos serviços médicos. "A Medicina Comunitária é o espaço dos marginais rurais e urbanos." Para esse autor, a medicina comunitária atuou como instrumento de intervenção social em grupos sociais que viviam em situações potenciais de conflito.

Faculdade de Educação / UFMG.

Todavia, FIGUEIREDO (1992, p.49), conclui que, apesar de o modelo de Medicina Comunitária se inscrever como política de controle social baseada na racionalização e contenção dos custos e com ênfase na participação popular, ele também se prestou ao papel de contestação às políticas vigentes, espaço possível à mobilização popular e à politização da questão saúde e, ao se estender a outros setores da sociedade, configurou-se como possibilidade para a construção da cidadania.

O modelo de Medicina Comunitária, ao remeter a uma nova organização na prestação de serviços de saúde, requisitava um outro perfil para os profissionais de saúde. Para isso foi necessário definir novas funções das universidades na promoção e orientação de programas de saúde. Segundo FIGUEIREDO (1992, p.51), na XXXIII Reunião do Conselho Executivo da Organização Panamericana de Saúde, realizada em 1974, foi destacada a responsabilidade das Universidades no desenvolvimento de planos mais efetivos que contribuíssem para organizar a prestação da atenção à saúde.

As escolas médicas buscavam formar profissionais voltados para as necessidades individuais e sociais e a elas sensíveis.(DONNANGELO, 1976, p.50).

O mecanismo essencial para a formação de profissionais da área da saúde passa a ser a articulação entre as escolas e os serviços de prestação de assistência à saúde. Assim, " a pedagogia da Medicina Comunitária toma a prática do atendimento médico como ponto de partida." (FIGUEIREDO, 1992, p.52).

Seguindo os parâmetros dos projetos docente-assistenciais e, com vistas a aproximar a formação profissional com o sistema prestador de serviços de saúde, a organização do currículo das escolas médicas foi pensada a partir da organização do sistema de saúde do país.

O modelo de Medicina Comunitária implantado no país nessa época e as discussões que se faziam no âmbito nacional sobre a formação dos profissionais de saúde tiveram forte influência na estruturação do Modelo de Formação de Odontólogos do DO PUC-MG.

O grupo de professores que fundou o Departamento de Odontologia apresentou um projeto proposto a partir das críticas aos modelos de ensino odontológico do país. Os chamados modelos tradicionais foram caracterizados pela fragmentação do conhecimento, especialismo, disciplinas organizadas assistematicamente e tendentes a enfatizar a parte técnica, dificultando, muitas vezes, a compreensão e a intervenção mais ampliada no quadro de saúde bucal da

população brasileira. Percebeu-se, na época, que os profissionais formados pelos modelos tradicionais, na maioria das vezes, estavam muito distanciados das necessidades de saúde bucal da maior parte da população, pois não havia uma integração entre o sistema educacional de formação de odontólogos e o sistema de prestação de serviços de saúde bucal. (MENDES e MARCOS 1985).

Apesar desse ponto de vista colocado por esses autores, a desintegração com as necessidades de saúde bucal da maioria da população se dava pela quase inexistência de serviços de atenção odontológica, tanto que desde a criação do DO PUC-MG existiu a preocupação de se estabelecer uma prática profissional que pudesse estar voltada para atender aos 80%[5] da população brasileira que se encontravam à margem da atenção odontológica.

A formação de profissionais da odontologia teria que responder também à construção de uma prática profissional que tivesse como eixo norteador a expansão da atenção odontológica para as camadas sociais que se encontravam à margem desta assistência. Assim, na época da criação do curso de odontologia da PUC-MG, não havia modelo pronto para dar resposta a tal desafio. Foi preciso

---

(5) Este percentual se encontra no projeto inicial do Departamento e nas demais publicações feitas sobre o Modelo Inovado de Educação Odontológica sem haver uma referência da fonte deste dado e das razões para o estabelecimento de tal porcentagem.

construí-lo. A tentativa de expandir o atendimento odontológico, através de uma prática inovada, foi um dos fundamentos de toda a história do DO PUC-MG.

A fim de estabelecer um processo educacional que pudesse apresentar um maior nível de qualidade que os modelos tradicionais, tinha-se como objetivo formar profissionais generalistas capazes de atender às necessidades prevalentes da comunidade, através de uma filosofia preventiva e de um trabalho em equipe com níveis adequados de qualidade. Para tanto, foram consideradas relevantes as pesquisas que contribuíssem para a definição de modelos de prestação de serviços.

A preocupação do Departamento era com a formação de um profissional que fosse comprometido com os problemas de saúde da população brasileira. Pretendia-se formar um profissional sensível ao quadro nosológico de saúde bucal encontrado. A partir de uma nova visão da prática odontológica e de uma nova atitude para com as necessidades individuais e sociais que incidem sobre a saúde, o profissional passaria a atuar como agente de uma mudança capaz de transcender os limites de sua ação profissional para também atingir o meio social.

Como estratégia para montagem do ensino inovado em odontologia, fez-se primeiro um levantamento dos problemas de saúde bucal que mais acometiam a população. A partir daí, buscou-se definir, então, quais seriam os modelos de intervenção. A seguir, foram observados os serviços odontológicos públicos e privados de Belo Horizonte a fim de verificar as tarefas mais executadas e relacionar a sua competência a níveis profissionais. Foi a partir desses dados que se conseguiu traçar o perfil profissional que aquele Departamento se propunha a formar e foi, também, a partir daí, que se estruturou a grade curricular não só do curso de graduação em odontologia, bem como a formação de técnico de prótese dentária e atendente de consultório dentário. Segundo registros encontrados nos documentos do Departamento, esta foi a primeira escola do país a montar um ensino odontológico multiprofissional.

O projeto inicial apresentava como idéia básica o conceito de integração que pode ser observado em diversos níveis do novo currículo como: integração entre disciplinas e conteúdos do ciclo básico com o ciclo profissionalizante; integração entre as ações preventivas e curativas; integração entre atividades teóricas e práticas e entre o ensino e o serviço.

A integração foi considerada fundamental para que o estudo fluísse dentro de uma coerência pretendida com o quadro epidemiológico da população. Para esse modelo fundamentado na integração, foi proposta a extensão do ensino através das clínicas extra-muros e considerou-se que

> "... as mudanças na educação odontológica deveriam ser feitas por uma indução centrípeta, a partir de áreas periféricas de integração de docência e serviço que, ao colocarem a universidade em contato com a realidade social, determinariam, certamente, modificações substantivas no modelo tradicional." (MENDES e MARCOS, 1985, p.27).

Antes da graduação da primeira turma, o Departamento já contava com pelo menos duas clínicas extra-muros. Nesse momento, pretendeu-se desenvolver um programa de treinamento que reproduzisse três sistemas de atenção odontológica: sistema privado, sistema previdenciário e sistema público. Na avaliação do trabalho desenvolvido nessas clínicas, MENDES e MARCOS (1985, p.11), observaram que:

> "Os modelos de extensão propostos naquela época, significavam exclusivamente o trabalho em espaços institucionais que pudessem reproduzir condições de trabalho vigentes nas Secretarias de Saúde (modelo de odontologia ao escolar) e na Previdência Social (modelo previdenciário). O início da experiência de extensão no bairro São Geraldo e no Centro Educacional Cândida Cabral mostra de forma clara essa opção."

Com relação ao sistema privado, foram consideradas as experiências vivenciadas dentro do Departamento de Odontologia.

Em 1980, além dessas clínicas, a escola também contava com as clínicas do bairro Renascença, onde funcionavam as disciplinas de Clínica Integrada II e Odontopediatria e a clínica do INAMPS que funcionava dentro do próprio Departamento, no campus da PUC-MG.

A partir de 1978, a teoria e os modelos de Odontologia Simplificada chegaram ao Departamento de Odontologia através da adesão ao Programa de Inovações em Ensino e Serviços Odontológicos coordenado pela Organização Panamericana de Saúde e Fundação Kellog.[6]

Sob a influência das experiências latino-americanas e da experiência de Medicina comunitária vivenciada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais[7], as clínicas extra-muros passaram então a implantar a Odontologia simplificada definida como:

---

(6) Estas entidades internacionais também foram responsáveis pelo financiamento de muitos projetos de Medicina comunitária implantados no Brasil, na década de 70. Segundo VASCONCELOS (1978), estas entidades através de financiamento de políticas de saúde, voltadas para as categorias marginais da sociedade, expressavam uma preocupação com a estabilidade política da ordem social capitalista da America-Latina.
(7) Um dos estudos sobre esta experiência foi o realizado por SOBRINHO (1984).

> "Prática profissional que permite, através da padronização, da diminuição de passos e eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E ao tornar-se mais produtiva, tornam viáveis os programas de extensão de cobertura." (MENDES e MARCOS, 1985, p.12).

Como proposta de organização da assistência odontológica, a odontologia simplificada tinha seus pressupostos oriundos da Medicina Comunitária. Desta forma, foi levada para o campo da odontologia a idéia de extensão da prática às populações carentes através de mecanismos integradores, de racionalização dos recursos da odontologia institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais, objetos dessa prática.

Essas proposições se coadunavam com a proposta do DO PUC-MG, que desde sua criação buscava uma odontologia voltada para as camadas sociais que se encontravam privadas da assistência à saúde bucal. Pretendia-se uma odontologia na época tida como "mais social". A concepção do social aqui foi colocada nas noções de necessidade de saúde bucal apontadas pelo quadro nosológico encontrado em Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, na carência ou pobreza das populações periféricas da cidade, no direito à saúde, ou melhor, à atenção odontológica regulada pelas diferenças sociais.

Em 1979, quando se iniciou a implementação do projeto de Odontologia Simplificada no Departamento, nem toda a equipe de professores aderiu ao mesmo. Existiu um grupo de oposição ao projeto, que era o grupo dos professores chamados "cientificistas", que não concordavam com a proposta de simplificação e defendiam o aprimoramento do ato técnico como valor máximo da prática odontológica. Defendiam uma prática odontológica com ações fundamentadas em atos de caráter curativo restaurados e voltados para a atenção individual. Esses professores consideravam os princípios e as tecnologias da Odontologia Simplificada algo que não tinha suas bases no conhecimento odontológico.

O grupo que apoiava os princípios da Odontologia Simplificada era chamado o grupo "da social". Este grupo contava com o apoio da direção do departamento. O conflito entre as idéias defendidas por estes dois grupos foi bem explicitado pelo depoimento dado por um dos professores que fazia parte do grupo que apoiava a Odontologia Simplificada em entrevista realizada em agosto de 1991.

> *"O Departamento era dividido porque ele tinha o novo no bojo dele. Mas, existia uma participação bem clara do velho e o velho era hegemônico. Na verdade, a questão da ciência, do cientificismo e da simplificação era uma questão nova que estava sendo colocada com uma forma velha de formar profissional e prevaleceu, eu acho, a forma velha. Apesar de que uma forma velha mais remoçada, já assim... já não tinha mais... já não era a mesma coisa do que era antes."*

A proposta de odontologia simplificada implementada e vivenciada pelo DO, em todas as suas nuances, principalmente no seu local de excelência que foi a Clínica São Geraldo, Segundo MENDES e MARCOS (1985), produziu internamente no Departamento sua própria crítica.

Em 1983, a partir de discussões no curso de pós-graduação em Odontologia Social e Preventiva sobre o modelo de Odontologia Simplificada adotado pelo Departamento, detectou-se que a Odontologia Simplificada era uma prática que não trazia uma mudança qualitativa do ponto de vista da saúde bucal, pois se fundamentava em atos curativos como a odontologia tradicional. Haveria que se buscar uma prática odontológica que não funcionasse como apêndice da odontologia tradicional, como era o caso da odontologia simplificada.

As práticas odontológicas realizadas nas clínicas extra-muros, principalmente na Clínica São Geraldo, tiveram grande importância para a avaliação da prática de Odontologia Simplificada implementada pelo Departamento de Odontologia até aquela época. Percebeu-se que o que se tinha buscado nas clínicas extra-muros, como a São Geraldo, por exemplo, era a produção de mais atos curativos em menor tempo, a custo mais baixo possível.

Faculdade de Educação / UFMG

Pode-se ressaltar como crítica à odontologia simplificada os seguintes pontos: destinava-se às classes populares da sociedade, mantendo a desigualdade de assistência segundo as assimetrias sociais; praticavam-se atos odontológicos limitados, fundamentados em ações de caráter curativo-restaurador, com técnicas ditas alternativas, incapazes de restabelecer e manter níveis mais adequados de saúde bucal.

Após tais avaliações, foi proposto um outro modelo de prática odontológica que pudesse superar o caráter restrito da odontologia simplificada. Nesse momento, houve a tentativa de superação daquela odontologia estratificada segundo as diferenças sociais. Tinha-se como desafio a construção de uma prática odontológica capaz de manter a saúde bucal e que conseguisse superar o questionamento da qualidade versus quantidade e das ações preventivas versus tratamento restaurador. O modelo proposto denominado odontologia integral foi concebido como,

> "prática ecologicamente orientada, alternativa à Odontologia Flexineriana[8], que tem como objetivo último a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção no sentido mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional com utilização intensa de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber." (MENDES e MARCOS, 1985, p.25).

Apesar da grande pretensão esboçada na concepção teórica, na prática, o que se conseguiu foi sair do eixo limitado das intervenções da Odontologia Simplificada para ampliar as tarefas e intervenções por níveis de atenção. A Odontologia Simplificada já tinha dado mostras o suficiente para se concluir que, através de exodontias, restaurações plásticas e profilaxias bucais, não se conseguia mudar o nível de saúde bucal da população atendida.

O projeto da Odontologia Integral, segundo MENDES e MARCOS, era sustentado por alguns pressupostos básicos. A simplificação de equipamento, instrumentais, racionalização de passos das tarefas odontológicas, do espaço físico e utilização de pessoal auxiliar foram heranças da Odontologia Simplificada que permaneceram. O outro eixo da Odontologia

---

(8) A Odontologia Flexinariana ou Científica, segundo MENDES e MARCOS (1985, p.24), pode ser entendida como "prática profissional de universalidade biológica, orientada para cura ou alívio de doenças ou para restauração de lesões e é caracterizada pela natureza individual de seu objeto; pela concepção mecanicista do homem; pela crescente corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital; pela dominância de especialização; pela seletividade de sua clientela e pela exclusão de formas alternativas de prática."

Integral era a implementação e ênfase nas ações preventivas. A desmonopolização do saber pretendia a superação do monopólio profissional pela redistribuição dos conhecimentos científicos e tecnológicos dos benefícios da atenção odontológica sendo, no entanto, admitido como o eixo mais difícil de ser alcançado tanto na teoria quanto na prática.

Frente a esses pressupostos, tanto a ênfase na prevenção quanto a desmonopolização do conhecimento colocavam a participação da população como condição básica para a efetivação da Odontologia Integral. Mais uma vez reforça-se a idéia de que a mudança da prática odontológica e do processo de formação do aluno não estaria esgotada na escola intra-muros.

Os projetos de extensão passaram a ser considerados a essência de todo o processo de formação do Departamento de Odontologia da PUC-MG. Mediante tal diretriz foi criado o Programa de Odontologia com a Comunidade (PROCOM), que tinha como objetivo colocar o aluno frente aos grandes dilemas da profissão odontológica em relação à comunidade de baixa renda, para que pudesse relacionar os problemas econômicos e sociais com a situação de saúde bucal.

Assim, descreveram-se as caracteristicas do projeto de extensão:

> " O processo docência- serviço deve ser visto aqui como um conjunto de recursos, métodos e sistemas em que haja uma interação de órgãos formadores de recursos humanos (equipe de saúde), órgãos prestadores de serviços e a comunidade, coordenados no sentido de mudar as condições básicas da prática e de obter níveis adequados de saúde." (MENDES e MARCOS, 1985, p.47).

Em documento apresentado pela equipe que desenvolveu a análise prospectiva do DO PUC-MG em 1990, o DO foi considerado um marco no ensino odontológico no Brasil, tido como centro de excelência pela Organização Mundial de Saúde, na área da simplificação e de integração docência-serviço, inaugurando a abertura de convênios de Escolas de Odontologia com o INAMPS e outras instituições(9).

Nesse mesmo documento, porém, existe o reconhecimento de que, no decorrer do processo de construção do ensino inovado de odontologia, as clínicas extra-muros tinham um caráter secundário em relação à atividade de ensino desenvolvida no espaço intra-muros. Apesar da retórica da integração, separava-se nitidamente o ensino intra e extra-muros.

---

(9) Convênio assinado entre o DO PUC-MG e o INAMPS, em 1979, permitiu o repasse de verbas para este departamento via serviços prestados pelas Clínicas São Geraldo e Cândida Cabral. Esse convênio engajou o Departamento dentro da política Nacional de Saúde.

Pode-se observar de forma muito interessante uma proposta de prática de ensino odontológico que traz a prática profissional como modelo a ser construído. Nos momentos de avaliação da prática que vinha sendo objetivada, reconstruções foram perseguidas. Isto refletiu sensivelmente no trabalho das clínicas extra-muros, principalmente na Clínica São Geraldo que significava o protótipo da Odontologia social. Hoje, o DO vivencia um processo de avaliação curricular com vista à montagem de uma outra estrutura de ensino odontológico. Existe a influência das experiências anteriores, porém, está muito distante do seu projeto inicial.

Faculdade de Educação / UFMG

1.2. HISTÓRIA DA CLÍNICA SÃO GERALDO

1.2.1. Fase Inicial 1978

O início de funcionamento da Clínica São Geraldo foi em Abril de 1978, quando a primeira turma de odontologia do Deparmento estava se formando.

A Clínica foi criada com o objetivo de prestar atendimento odontológico à população adulta, sendo o local de atividade prática da disciplina de Odontologia Social e Preventiva, cursada no último semestre da graduação em Odontologia.

Não se tem notícias de ter existido um contato prévio com a população a fim de definir a sua instalação naquele local. A montagem da Clínica não se deu a partir de uma organização da população local que colocasse a atenção odontológica enquanto necessidade.

> *"Padre Francisco ele empenhou muito pra que esta clínica viesse pra cá. Que lá era a igreja velha que mudou pra nova e ficou desativado aquele espaço. Ele cedeu pra escola pra montar a clínica. Parece que o Dr. Eugênio tinha projeto de montar as clínicas periféricas nos bairros e foi escolhido este bairro aqui por causa do Padre Francisco e por causa do espaço também."* (Depoimento da atendente da Clínica)

Além da facilidade do espaço físico para imediata implantação da clínica, outros fatores, como a composição social local e a inexistência de atenção médica e odontológica, colocaram o bairro São Geraldo como local que preenchia os requisitos para a montagem de uma clínica de extensão do Departamento de Odontologia da PUC-MG. Tais características estavam de acordo com a proposta de prestação de serviços odontológicos aos grupos sociais que se encontravam excluídos deste tipo de assistência.

Em 1978, quando a clínica foi inaugurada, os serviços de saúde do bairro se resumiam a um consultório médico precariíssimo, que funcionava atrás da Igreja, onde um médico da Secretaria Municipal de Saúde fazia atendimento

e um consultório de um dentista prático que funcionava em frente à clínica. Na porta deste consultório existia uma placa com os seguinte dizeres: "Extração sem dor", altamente motivadora dado o tipo de atenção odontológica demandada por aquela população.

Em termos de infra-estrutura urbana, o bairro contava com poucas ruas pavimentadas, não tinha rede de esgoto e em algumas áreas os esgotos se encontravam a céu aberto. Nessas condições, a clínica foi considerada o primeiro benefício a se instalar no bairro.

Atualmente, o bairro São Geraldo tem a maioria das ruas pavimentadas, com água encanada e rede de esgoto. Nota-se uma sensível melhora do ponto de vista da infra-estrutura local, e, com a abertura da Av. Dos Andradas foi facilitado o acesso ao centro da cidade.

A região do bairro hoje conta com o Centro de Saúde São Geraldo e o Centro de Saúde Mariano de Abreu, esse, inclusive, com atendimento odontológico. Duas escolas na região oferecem também atendimento odontológico para crianças matriculadas na faixa etária de 7 a 14 anos. Além desses serviços, existem dois consultórios odontológicos particulares funcionando na avenida central do bairro.

A proposta inicial para a Clínica São Geraldo foi de que ali se organizasse e se desenvolvesse a prestação de serviço odontológico nos moldes do sistema previdenciário. Porém, naquela época não existiu um projeto previamente elaborado, o que pôde ser percebido pelo depoimento de um dos professores que trabalhou na clínica.

> *"Na minha opinião o Departamento... quando montou este tipo de coisa, ele não tinha claro o que fazer. Ele tinha claro uma coisa que ele não concordava com esta odontologia que estava aí, odontologia tradicional com ênfase na especialização, com ênfase no biologicismo, acho que tinha uma visão do ponto de vista de humanizar mais o profissional."*

Havia, a princípio, a intenção de checar o aprendizado clássico da odontologia em ambiente de população carente, confrontando o conhecimento odontológico com a complexidade de vida das camadas populares no seu local de moradia.

Na primeira tentativa de organizar a atenção odontológica na Clínica, no sentido de recomposição das condutas promocionais curativas e preventivas, a família aparece como unidade fundamental da atenção, pois, através dela pensava-se poder sair do campo estritamente biológico da prática para aprender e interferir na complexidade do paciente. (MENDES, 1985). Esta proposta foi influenciada por alguns projetos de atenção à saúde que estavam sendo

desenvolvidos na América Latina, principalmente na Venezuela, Cuba e México.

O atendimento se destinava a um membro de cada família selecionada, e, ao término do tratamento, abria-se vaga para o outro membro daquela família. Na maioria das vezes o atendimento ficou limitado à mulher e às crianças, pois o horário de funcionamento da clínica restringia o atendimento ao pai da família que tinha uma jornada diurna de trabalho.

> *"A família ia decidir quem é que ia tratar. Esta história foi extremamente furada mas... a gente tentou fazer isto durante um tempo. A gente tentava democratizar o acesso ... era nossa preocupação."* (Depoimento de um dos professores que atuava na clínica)

Durante entrevistas realizadas com professores e funcionários da Clínica São Geraldo, algumas questões foram levantadas para justificar o rápido fracasso da atenção odontológica às famílias daquele bairro.

Uma das questões estava relacionada ao atendimento clínico. Naquela época, não havia nenhuma restrição quanto aos procedimentos odontológicos oferecidos. Faziam-se desde pequenas intervenções, como profilaxias dentárias, até o mais complexo tratamento. Por isto, os tratamentos eram extremamente longos, limitando a expansão da atenção.

> *"A clínica fazia tudo, era uma repetição de qualquer clínica da escola. Não tinha nada de previdenciário tinha só que o pessoal se deslocava lá pra aquele fim de mundo."*

Os programas de saúde da América-Latina, que tinham a família como alvo do atendimento, não se encontravam organizados a partir da atenção odontológica e não eram limitados a este tipo de atuação como foi o caso da Clínica São Geraldo. A falta de integração com outras áreas de atenção à saúde foi colocada como um dos motivos do fracasso, pois parecia que a atenção odontológica não se colocava como prioridade para aquela população.

> *"... somente a odontologia atuou e os problemas ali não eram só odontológicos, eram problemas mais sérios. Os problemas de saúde geral eram muito mais presentes naquelas famílias do que a questão da odontologia."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Apesar do pouco sucesso apresentado por esta tentativa, parece que o eixo norteador das propostas das clínicas extra-muros não foi revisto. A construção do modelo de atenção odontológica para a Clínica São Geraldo foi colocada como desafio. A equipe de professores buscava um aprofundamento do entendimento da causalidade social das doenças, como forma de modificar a prática de intervenção e o quadro de saúde bucal ali encontrado.

1.2.2. Odontologia Simplificada 1979-1985

Neste item, serão destacadas no trabalho da clínica São Geraldo, as características do critério de seleção da clientela, da estrutura de atendimento e da participação comunitária que fundamentaram o modelo de Odontologia Simplificada implantado a partir do ano de 1979.

As modificações sofridas na proposta inicial até o ano de 1985 tiveram como característica o planejamento da atenção determinada pelo nível de pauperização da população do bairro. Utilizando-se de enquetes que avaliavam as condições de moradia, trabalho, salário, grau de instrução e acesso aos serviços de saúde, eram classificadas e priorizadas para o atendimento odontológico aquelas pessoas consideradas mais "carentes".

Na maioria dos registros contidos nos documentos da Clínica São Geraldo, pode-se perceber que estes "carentes" apresentavam como característica o traço da negatividade que é colocado pela privação dos bens de consumo social e historicamente produzidos. As carências foram tidas como privações decorrentes das contradições urbanas e comprometedoras da reprodução da força de trabalho.

Essa forma de seleção prevaleceu tanto durante o tempo em que o atendimento era feito pela demanda espontânea das pessoas que iam até a clínica, como também durante a proposta de atendimento por ruas ou áreas do bairro, nas quais eram sempre selecionados os mais carentes. O critério de carência prevaleceu para selecionar os indivíduos, as ruas ou áreas do bairro.

Além disso, a privação da atenção odontológica era a justificativa para pensá-la enquanto carência para aqueles sujeitos, alvo da atenção odontológica da clínica.

A tentativa de aliar as condições materiais de vida das pessoas às condições de saúde bucal foi considerada, pelos professores que atuavam na Clínica, como algo inovador em termos de planejamento da atenção odontológica, realizada na época.

Parece que a Odontologia Simplificada herda da Medicina Social, vivenciada na Inglaterra no século XIX, a assistência à pobreza, entendida muito mais como tutela da sociedade aos indivíduos desprovidos de meios de subsistência do que como o sentido da afirmação dos direitos sociais.

> *"O pessoal em reunião, em discussão achava que devia atender o pessoal por rua. Aí a gente ia com os alunos, visitava as ruas, fazia um levantamento dentro da casa da própria pessoa, né? Depois a gente ia chamando estas pessoas pra tratamento. Aí não deu certo... porque a gente marcava pro pessoal e eles não compareciam. As vezes eles iam, arrancavam o dente que estava doendo e pronto!"* (Depoimento da atendente da Clínica)

O elevado número de faltas às consultas odontológicas e de desistência do tratamento dentário durante este tempo poderia significar que algo não andava como o planejado. O que estaria acontecendo? Eram as pessoas selecionadas como as mais "carentes" aquelas que demonstravam um desejo de ter seus dentes tratados?

O trabalho de atendimento da favelinha da Rua Sucurui com Silva Alvarenga, realizado em 1982, demonstrou, através de um questionário previamente aplicado, que 92% dos moradores entrevistados estavam interessados em participar do programa de atendimento da Clínica São Geraldo. Apesar disto, a baixa frequência às reuniões e as inúmeras faltas ao tratamento impossibilitaram a conclusão dos atendimentos, do programa de manutenção e bochecho com solução fluoretada realizados na própria favela.[10]

---

(10) Dados colhidos no relatório de pesquisa realizado pelas alunas do curso de serviço Social da PUC-MG em 1982.

Segundo críticas feitas pelos alunos e professores, os pacientes pareciam estar satisfeitos apenas com a remoção da dor de dente, não se interessando por outros procedimentos tanto curativos quanto preventivos. Porém, não se percebeu que tais críticas se fundamentaram nas causas que os usuários da clínica atribuíam a sua própria ação.

Uma das atendentes da Clínica São Geraldo, quando questionada sobre as possíveis causas do problema que vinha sendo enfrentado pelo programa de atendimento na Clínica, apresentou a seguinte justificativa:

> *"...muitos não tinham nem o que comer, nem uma escova direito, nem uma torneira nem água direito, pra escovar dente ou pra pensar nos dentes. Eles tinham coisa mais importante pra pensar que era a alimentação, né? A água, o esgoto... tinha casa lá que o esgoto passava na porta da cozinha."*(Depoimento da atendente da Clínica)

Diante deste quadro de ausência dos pacientes e da baixa freqüência, eram propostas novas formas de triagem, mas sempre priorizando os mais "carentes". Dentro da perspectiva da Odontologia Simplificada parece que existiu uma redução do espaço social à área geográfica de atuação da Clínica São Geraldo e a população, ali encontrada, classificada como "carente", significava, de forma linear, objeto da atenção odontológica.

Faculdade de Educação / UFMG

Para estes mais "carentes", foi-se consolidando, a partir de 1979, a Odontologia Simplificada. O Departamento de Odontologia recebeu influências de consultores latino-americanos que haviam implantado trabalhos pioneiros de simplificação nos seus países de origem como México, Colombia etc. Além destes consultores, a proposta de Odontologia Simplificada da Clínica São Geraldo também recebeu forte influência da Fundação Educacional do Distrito Federal que implantara um modelo de Odontologia Simplificada e do programa de Medicina Comunitária implantado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Ao mesmo tempo em que a Odontologia Simplificada se dirigia às populações excluídas da atenção odontológica, na prática, ela não se reduziu a essa dimensão. A totalidade de seu campo de ação foi alterada pela convergência dos processos que introduziram a progressiva racionalização dos meios de trabalho e a superação do padrão artesanal de organização da prática, por cuja via penetraram também as questões, continuamente retomadas, acerca dos custos da assistência, dos níveis de especialização do trabalho, da eficácia do ato odontológico, do equilíbrio entre disponibilidade de recursos e demanda de consumo.

A prática de Odontologia Simplificada implantada na Clínica São Geraldo fugiu da forma artesanal do trabalho odontológico. O atendimento era executado em formas mais

"modernas" de produção. Utilizando-se de elementos como a racionalização das ações, padronização de instrumental e material, simplificação do equipamento, divisão técnica do trabalho com incorporação de pessoal auxiliar, pretendeu-se, com uma maior produção de atos odontológicos, baixar os custos e aumentar a possibilidade de expansão e consumo da assistência odontológica.

A restrição dos procedimentos odontológicos foi a primeira medida adotada. A atenção primária entendida no projeto da Clínica São Geraldo dizia respeito à execução de procedimentos clínicos de menor complexidade. Passou-se a dar prioridade às ações preventivas como profilaxia dental, restaurações plásticas, exodontias. Além disso, as próteses parcial e total removíveis eram executadas em decorrência da alta demanda por reabilitação.

As atividades na Clínica São Geraldo eram desenvolvidas por quatro professores da disciplina de Odontologia Social e Preventiva, pelos alunos desta disciplina e por duas funcionárias moradoras do bairro São Geraldo. A composição do recurso humano auxiliar da Clínica estava coerente com a proposta do modelo de Odontologia Simplificada que previa o recrutamento de pessoal da própria comunidade, pois supunha-se que eles eram conhecedores dos problemas e carências da população, propiciando a formação de um elo de ligação entre a clínica e a comunidade local.

> *"A gente conhecia o bairro todo e a gente determinava aquelas áreas que a gente tinha certeza que era pessoas menos esclarecidas que não sabia nem o que era escovar um dente e a gente queria fazer um trabalho com eles pra eles se conscientizar..."*(Depoimento da atendente da Clínica)

As duas funcionárias, inicialmente, não tinham experiência do trabalho com odontologia; uma era costureira e a outra auxiliar de serviços gerais. Para começar a trabalhar, receberam um treinamento na própria clínica e em outras clínicas dentro do Departamento de Odontologia e fizeram o curso de atendente de consultório dentário oferecido pelo Departamento.

Seguindo os parâmetros da racionalidade da atenção odontológica, buscou-se a reestruturação do trabalho odontológico, em que o dentista atua de forma isolada para prestar o atendimento através da equipe de saúde bucal. Como não existia no mercado pessoal auxiliar qualificado para a formação desta equipe, em 1980, moças do bairro São Geraldo foram treinadas e formadas pelo Departamento de Odontologia.

Naquele momento, um maior número de pessoas da comunidade atuava na clínica, o que possibilitou o desenvolvimento da atenção odontológica com divisão de tarefas e delegação de função para o pessoal auxiliar: o chamado trabalho a 4 e 6 mãos. A entrada de mais pessoas da

comunidade no trabalho da clínica parece que fez surgir, naquela época, uma forma de seleção de pacientes distinta do que se propunha. As alunas do curso de atendente começaram a agendar os parentes e os conhecidos mais próximos. Como se observa no depoimento a seguir, essa forma de triagem foi sentida como causa do distanciamento da Clínica com a população local.

> *"... as meninas frequentavam o curso da Católica à noite e de dia trabalhavam lá. Elas começaram a ser fonte natural de triagem dos amigos, dos filhos de não sei quem e tal pra poder tratar lá na clínica. Então isto começou a afastar um pouco a clínica da comunidade."* (Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Essa forma de triagem, porém, poderia ser vista como participação direta daquelas pessoas do bairro São Geraldo no trabalho da Clínica, ao contrário do que se pensou, foi um momento de grande aproximação entre a Clínica e a comunidade local.

No segundo semestre de 1981, a Clínica já possuía equipamentos simplificados que foram idealizados e produzidos na própria PUC-MG. A produção de equipamentos simplificados pretendia a busca da tecnologia apropriada, ou seja, tecnologia que fosse mais eficaz, adaptada às condições sociais e culturais e que favorecesse a auto-suficiência e auto-confiança da população. (MENDES e MARCOS, 1985,p.25).

Partia-se do pressuposto de que a tecnologia existente era um fator de encarecimento do setor da atenção odontológica e, portanto, uma das causas da inacessibilidade a este tipo de atenção.

A tecnologia proposta devia ser acessível, de baixo custo, socialmente aceitável e colocada ao alcance universal. A simplificação tecnológica abriu espaço para a criação de práticas alternativas de fabricação dos equipamentos odontológicos. O DO PUC-MG, juntamente com a Fundação Mariana Resende Costa (FUMARC), passou a produzir os equipamentos para as clínicas extra-muros.

O nível de pauperização da população do bairro São Geraldo parece que não só justificou a seleção da clientela a ser atendida na Clínica como também justificou a implantação da estrutura de atendimento. O depoimento de um dos professores que atuavam na Clínica esclarece que,

> *" Se o povo é pobre, não tem acesso a nenhum tipo de serviço, é muita gente... Então você tem que dar atenção primária pra aumentar a cobertura com um custo compatível com a pobreza do povo."* (Depoimento dado em entrevista realizada em agosto de 1991)

A experiência vivenciada durante esse período indicou para os professores envolvidos com o trabalho da Clínica alguns pontos de insucesso do modelo de Odontologia Simplificada.

> *"A questão da universalização sempre passou pela questão da produtividade do ato técnico e nunca pela questão do declínio da complexidade de quantidade e qualidade de doença. Passou sempre mais pela produtividade da ação terapéutica do que qualquer outro."*
>
> *"A gente pensava que estava fazendo um atendimento pra eles, mas, ao mesmo tempo nós estávamos falando assim: vocês são cidadãos de segunda categoria e pra cidadão de segunda categoria, é isto mesmo! Atenção primária, mutilação, resignação com o que tinha, entendeu? Eu acho que sempre foi falado assim, mas a gente não percebia que a gente fazia isto. Pensando que estava fazendo exatamente o contrário promovendo a cidadania deles."* (Depoimentos dados em entrevistas realizadas em julho/agosto de 1991)

Dados da pesquisa realizada na Clínica São Geraldo, em 1985, por professores e alunos da disciplina de Odontologia Social, demonstraram que, até aquela data, a atenção primária significava 76% das ações odontológicas oferecidas pela clínica. A proporção de pacientes que compareceram à Clínica para emergência, como casos de dor aguda provenientes de sequela de lesões cariosas, foi o dobro do número de pacientes agendados para o tratamento. (SANTIAGO, 1990).

Ante a constatação da pequena cobertura e o alto número de desistências do tratamento odontológico, colocou-se como solução a participação comunitária e a cogestão do programa de atenção odontológica.

A participação comunitária[11], tida como um dos elementos de maior peso relativo na proposta de Odontologia Simplificada, até 1980, ainda não tinha sido efetivada. O que foi naquela época considerado participação comunitária? Quais foram os envolvimentos existentes entre o trabalho de atendimento da Clínica São Geraldo e a população local?

Dentro dos objetivos da disciplina de Odontologia Social e Preventiva a participação comunitária deveria:

---

(11) Participação comunitária, segundo DEMO (1988), pode ser compreeendida de muitas maneiras, desde a marca democrática específica do controle popular organizado sobre a máquina estatal, passando por consultas dispersas e intermitentes, até a modos mais visíveis de participação representativa, que imaginam compartilhar com a população o ônus das políticas públicas. Porém, SOMARRIBA (1988), coloca termos distintos para formas distintas de participação. A autora faz a distinção entre os termos participação comunitária e participação popular. Participação comunitária estaria relacionada à situação de uma época onde a sociedade civil não se encontrava organizada através de movimentos reivindicatórios. Sendo assim, o Estado, então, buscava formas de articular estas organizações e sua participação para melhor eficiência dos serviços públicos, inclusive os serviços de saúde. A participação comunitária é tipica dos anos de maior autoritarismo militar. O termo participação popular aparece quando a sociedade civil já se encontra mais organizada para o enfrentamento com o Estado. Existe a presença das camadas populares na cena política através de organização dos interesses dessas camadas. Os organismos públicos passam então a buscar contatos sistemáticos com as organizações populares já existentes. A experiência do trabalho da Clínica São Geraldo pode ser analisada dentro da visão do que foi considerado pela autora como participação comunitária, pelo menos na sua fase inicial.

> "...colocar o aluno em contato com a realidade de saúde bucal da comunidade do bairro São Geraldo; dar condições a ele, para, a partir de iniciativa própria e em contato com as organizações representantes da população, buscar equacionar os problemas expressos pelas realidades da mesma; tornar efetiva a relação entre docência/serviço numa perspectiva que aponta para a promoção da participação comunitária na definição e execução de ações de saúde bucal."(Documento: Ementa da disciplina de Odontologia Social e Preventiva)

Apesar das intenções expressas nos documentos examinados, parece que o aluno não chegou a se envolver neste tipo de trabalho. A organização de uma clínica em um bairro periférico por si só não seria suficiente para que se fizesse a integração do aluno com a realidade das camadas populares.

> *"Elas (as clínicas extra-muros) avançavam assim, elas levavam os alunos para perto da comunidade. Então o aluno, hipoteticamente veria a realidade do bairro. Mas acabava não vendo. Na hora que ele parava o carrinho dele na porta e fechava a porta lá dentro, era como se ela fosse uma clínica lá da escola."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

A proposta de participação comunitária que foi implementada na Clínica teve suas origens no que se poderia chamar de modelo de participação comunitária que começa a se desenvolver no setor saúde pública nos meados da década de 70.

> "O envolvimento da clientela dos serviços de saúde em graus que ultrapassassem a utilização passiva dos mesmos passou a ser visto como algo desejável tendo em vista a ampliação do uso , a melhoria da qualidade de tais serviços e, principalmente, níveis mais altos de satisfação com as agências prestadoras do mesmo." (SOMARRIBA, 1988, p.9)[12].

Segundo JACOBI (1989), os meados da década de 70 estavam marcados pela crise de legitimidade do regime e uma crescente deterioração das condições de vida nos grandes conglomerados urbanos. A conjuntura da época permitiu um espaço maior de organização da sociedade civil na defesa dos direitos humanos, surgindo daí atores políticos que concentravam suas demandas em torno da questão social como os movimentos sociais urbanos.

Detectada a inexistência de formas organizativas locais, como associação de moradores ou outras voltadas para as questões de saúde, os professores e atendentes, envolvidas no trabalho da clínica, começaram a organizar algumas reuniões com pessoas do bairro com o intuito de criar uma associação que pudesse ser o canal de participação.

---

(12) Segundo SOMARRIBA, no período de 1979 a 1985, foi desencadeada pela Secretaria Municipal de Saúde a formação de conselhos de saúde ligados aos Centros de Saúde nas áreas periféricas da cidade, como forma de participação da população.

> *"Não existiam associações aqui no bairro, né? Existiu, há muitos anos atrás, antes desta época, mas já tinha uns dez anos que num tinha movimento nenhum no bairro... então vão procurar saber desta associação ativa. Aí nós começamos a levantar dados, quem era o presidente antigo e tal. Era o diretor dono do colégio que tinha mexido com esta associação quando foi abrir o colégio... mas em termos de conseguir aluno pra escola dele."* (Depoimento da atendente da Clínica São Geraldo)

O baixo nível de organização dos setores sociais subalternos, segundo SOMARRIBA (1988), aparece como saldo político dos primeiros dez anos mais duros do regime militar. Como consequência desta situação, a participação comunitária foi muito mais assumida pelos profissionais atuantes nos órgãos públicos que se propunham a levá-la à população, como pode ser observado também na experiência de trabalho da Clínica São Geraldo.

> *" Todo mundo sabia que tinha que participar. Realmente eu achava que a participação deveria existir que... mas é uma visão muito romântica de participação... que a população tinha que gerenciar... um romantismo mesmo, tipo assim a população não tem condição de participar, mas ela tem que participar!"* (Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Parece que as características básicas atribuídas aos membros das classes populares, ali encontrados, foram a passividade, o conformismo, um comportamento atomizado, expresso pela incapacidade de universalização de seus

objetivos e autonomia de suas ações. Nesta direção podia-se considerar necessária a intervenção exterior para a sua organização, pois eram vistos como objetos modelados por forças exteriores às suas vontades, subjugados pela lógica do capital, pela dominação de um Estado onipotente, massificado pelos meios de comunicação.13

As primeiras reuniões, com vista a criação da associação, foram realizadas na casa da atendente da Clínica São Geraldo. Participaram destas reuniões dois professores que atuavam na clínica e pessoas do bairro que tinham uma ligação com a atendente e que, na sua opinião, tinham "jeito para a coisa". Foi criando corpo a organização da diretoria da futura associação de bairro eleita através do voto daquelas pessoas que compareceram às reuniões. A atendente da Clínica ocupou o cargo de tesoureira da associação e, através dela, se deu o elo de ligação associação de moradores/Clínica São Geraldo. Além disto, dois professores que participaram das reuniões também foram incorporados como membros da associação.

> *"...Por sermos membros da comunidade enquanto trabalhadores da comunidade fomos aceitos como membro participante das reuniões dos moradores de lá. Porque a gente trabalhava lá. Fomos anexados por este vínculo."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

---

(13) Esta visão sobre a população urbana periférica, segundo PAOLI (1988, p.42), estava inserida em uma das correntes de pensamento sociologico no Brasil, na década de 70 .

A participação dos professores na constituição do movimento reivindicatório local se deu com a intenção de articular a atenção odontológica com a estrutura social local e propiciar informações necessárias à eficiência das pressões reivindicatórias junto aos órgãos públicos. Os professores pretenderam, através de conhecimentos mais aprofundados das causas sociais da doença dos moradores daquela região, estabelecer a relação entre as condições de vida e saúde daquela população com seus determinantes sociais.

Para além dos efeitos da expansão do atendimento odontológico, o trabalho da Clínica São Geraldo pretendeu, com a participação comunitária, criar um elemento articulador entre a prática odontológica e outros componentes da estrutura social. Entretanto,

> *"... a associação começou a crescer, criar um certo vulto, tiveram algumas reuniões. Aí ela começou a mexer com outros problemas do bairro, e a gente super aliado deles."*[14]
>
> *"o interesse não passava pela odontologia. O interesse era calçar rua, fazer mutirão pra calçar rua, eram outras coisas. Então a odontologia aí era realmente... um estranho no ninho."* (Depoimentos de professores da Clínica, envolvidos no trabalho da Associação)

(14) As reuniões da associação ocorriam semanalmente e, no seu pique máximo de trabalho, contava com mais ou menos 30 pessoas.

Os esforços da associação de bairro nos primeiros anos de sua criação se concentraram na luta por melhoramento da infra-estrutura do bairro, como calçamento de rua, rede de água e esgoto. Nesta época, via associação de bairro, com o apoio da Secretaria de Agricultura, foi instalado no bairro o programa da horta comunitária.

A intenção da cogestão, segundo depoimentos colhidos nas entrevistas, estava diretamente relacionada a um ponto específico do trabalho da clínica: a triagem dos pacientes para o atendimento.

Apesar da intenção de concretizar uma cogestão, com relação ao modelo de atenção odontológica oferecido e com relação às outras questões administrativas de funcionamento da clínica, a participação era limitada, sem nenhuma influência nas decisões, que muitas vezes passava por uma solução técnica odontológica ou pelo interesse da Universidade ou dos professores.

> *"A questão da cogestão é uma coisa complicadissima porque nem sempre o interesse da Universidade é o interesse da população. Porque a formação ela necessita de uma série de situações e nem sempre pode acontecer o que a comunidade determina. É complicado."*

> *"A comunidade, a gente não consultava e não punha isto como uma questão a ser discutida na reunião da associação. A gente comunicava que agora tinha que fazer o atendimento assim, assado e pronto e o pessoal achava legal."*

> *"A gente tinha uma posição hiper autoritária com relação ao trabalho da clínica. A gente era condescendente com aquilo que a gente achava que devia ser a participação deles."* (Depoimentos de professores da Clínica, envolvidos no trabalho da Associação)

Na fase de 1979 a 1985, nem da triagem, como foi esperado, a associação chegou a participar. As reivindicações na área de saúde bucal feitas pela associação, na maioria das vezes, diziam respeito à dificuldade de acesso à clínica, à morosidade do tratamento. Diante da questão colocada sobre o tipo de tratamento odontológico mais reivindicado, a resposta dada por um dos professores entrevistados, é bastante ilustrativa da pouca flexibilidade existente para modificar o planejado.

> *"Olha, a gente só ouvia atenção primária".*

Foi feita uma reivindicação para o funcionamento da clínica no horário noturno para que possibilitasse a chance de atendimento das pessoas que tinham jornada diurna de trabalho. Ante tal reivindicação, o Departamento de Odontologia da PUC-MG colocou o espaço físico da clínica, os instrumentais e as atendentes à disposição para o

> *" Todas as gestões em relação à clínica não tinham dado certo. Eles (os moradores), muitas vezes, pegavam o apoio político numa opinião que a gente tivesse favorável a eles. Sobre um calçamento de rua, sobre um negócio da COPASA... A clínica voltou ao lugar dela e a gente viu que não tinha lugar pra gente lá na associação a não ser que a gente tivesse muito interesse pessoal de ficar lá."(Depoimento de um dos professores da Clínica, envolvido no trabalho da Associação)*

JACOBI (1989), esclarece que a atuação dos entes externos" nos movimentos reivindicatórios, por se stinguirem das bases das associações, tanto pela origem de asses quanto por suas qualificações intelectuais, tem um portante papel como formadores de opinião e legitimadores demandas. Seria, porém, necessário considerar nesta ação a existência de valores distintos de referência, a ão de carência e necessidade e a concepção de nsformação social dos atores envolvidos.

Parece que nesta experiência podem-se apontar ços da dificuldade de se estabelecer uma integração ndo as duas partes, clínica São Geraldo e associação de adores, a princípio têm diferentes propósitos. Da parte pessoas envolvidas no trabalho da clínica, a intenção levar a assistência à saúde numa forma crítica, ticipativa e transformadora das estruturas sociais. Da te do movimento reivindicatório local, a organização se

T
617-601
M379s

EVANILDE MARIA MARTINS

SAÚDE BUCAL, UMA NECESSIDADE SOCIALMENTE CONSTRUÍDA

UM ESTUDO DA EXPERIÊNCIA DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA SÃO GERALDO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TITULO DE MESTRE JUNTO A FACULDADE DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

ORIENTADORA: EDIL VASCONCELLOS DE PAIVA

BELO HORIZONTE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO - UFMG

1993

Faculdade de Educação / UFMG.

INV 05

U. F. M. G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

489409303

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

Ac 63313

Martins, Evanilde Maria

Saude bucal, uma necessidade s
ocialmente construida um estu
o da experiencia da clinica o
617.601/M379s/T
(489459305/93)

UFMG — BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA

Martins, Evanilde Maria

Saude bucal, uma necessidade s
ocialmente construida um estud
o da experiencia da clinica od
617.601/M379s/T
(489459305/93)

BU-
NTE
IÊN
ÃO

120 x 200

MOD. BU - 013 FEV/94 50.000

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA
ÚLTIMA DATA CARIMBADA

-8.AGO.1994
-3.ADR.1998
DEVOLVIDO
04 SET 2000

75 x 125

MOD. BU-016 JUN/93 20.000

M379s Martins, Evanilde Maria
Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída; um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo. Belo Horizonte.
Faculdade de Educação da UFMG, 1993.
191p.
Dissertação (Mestrado) - FAE-UFMG

CDD 321-19
617-601

Dissertação defendida e aprovada, em 04 de junho de 1993, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Edil Vasconcellos de Paiva

Prof. Edil Vasconcellos de Paiva - Orientadora

Miguel Arroyo

Prof. Miguel G. Arroyo

Somarriba

Prof. Maria das Mercês G. Somarriba

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE EDUCAÇAO
PÓS-GRADUAÇAO EM EDUCAÇAO

ATA DA 187a. (Centésima Octagésima Sétima) APRESENTAÇAO DE DISSERTAÇAO NO COLEGIADO DO CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇAO DA FAE/UFMG.

Aos quatro dias do mês de junho de mil novecentos e noventa e três, realizou-se na sala nº 307 do prédio da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, mais uma reunião para apresentação da defesa da dissertação: "**SAUDE BUCAL, UMA NECESSIDADE CONSTRUIDA - UM ESTUDO DA EXPERIENCIA DA CLINICA SAO GERALDO**", da aluna **EVANILDE MARIA MARTINS**. A banca examinadora foi composta pelos seguintes professores: Edil Vasconcellos de Paiva - Orientadora, Miguel González Arroyo e Maria das Mercês Gomes Somarriba. Os trabalhos iniciaram-se às 14 horas e 20 minutos com a síntese da dissertação feita pela mestranda. Em seguida os membros da banca fizeram uma arguição pública à candidata. Após o relato da orientadora, a banca examinadora foi unânime em aprovar a dissertação de **EVANILDE MARIA MARTINS** que passa a Mestre em Educação, devendo encaminhar à Secretaria do Curso a versão final em 05 (cinco) exemplares. Nada mais havendo a tratar, eu, Neuza Maria de Paula, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação, lavrei a presente ata que depois de lida e aprovada será por mim assinada e pelos membros da banca examinadora. Belo Horizonte, 4 de junho de 1993.

Edil Vasconcellos de Paiva
EDIL VASCONCELLOS DE PAIVA - Orientadora

MIGUEL GONZALEZ ARROYO

MARIA DAS MERCES GOMES SOMARRIBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Neuza M. de Paula
NEUZA MARIA DE PAULA
Secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação - FAE/UFMG

A todos os que acreditam que viver é contribuir para a construção de um mundo mais justo e mais feliz.

AGRADECIMENTOS

A Edil, orientadora e amiga, pelo carinho e dedicação com que acompanhou este trabalho.

A Angela Texeira e Teca, que, com seus exemplos de trabalho, foram os primeiros incentivos para iniciar esta caminhada.

A todos os meus colegas de mestrado, que, na singularidade de cada um, possibilitou a troca e a comunhão em toda esta trajetória. Com certeza, foi uma contribuição para o meu crescimento para a vida.

Aos meus pais pela paciência e compreensão dos momentos difíceis, obrigada a mãe Eva pelas incansáveis leituras deste trabalho.

Aos verdadeiros amigos, que, com fidelidade e cumplicidade, assumem a busca de uma vida melhor.

Aos colegas professores, alunos e funcionários da Clínica São Geraldo, pelo companheirismo e pelas contribuições dadas a este trabalho.

Aos usuários da Clínica São Geraldo, fonte inspiradora de todo o trabalho.

" A GENTE QUER VALER O NOSSO AMOR
A GENTE QUER VALER O NOSSO SUOR
A GENTE QUER VALER O NOSSO HUMOR
A GENTE QUER DO BOM E DO MELHOR
A GENTE QUER CARINHO E ATENÇÃO
A GENTE QUER CALOR NO CORAÇÃO
A GENTE QUER SUAR, MAS DE PRAZER
A GENTE QUER É TER MUITA SAÚDE
A GENTE QUER VIVER A LIBERDADE
A GENTE QUER VIVER FELICIDADE...
A GENTE QUER VIVER PLENO DIREITO
A GENTE QUER VIVER TODO RESPEITO
A GENTE QUER VIVER UMA NAÇÃO
A GENTE QUER E SER CIDADÃO."

(Gonzaguinha)

SUMARIO

INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS.....1

1. A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DA CLÍNICA SÃO GERALDO.....20

1.1. Modelo Inovado de Educação Odontológica.....20

1.2. História da Clínica São Geraldo.....37

1.2.1. Fase inicial _ 1978.....37

1.2.2. Odontologia Simplificada 1979-1985.....43

1.2.3. Odontologia Integral 1986-1990.....65

2. CONSTRUINDO O VALOR SAÚDE BUCAL.....73

2.1. O olhar sobre o sujeito.....73

2.2. Os usuários da Clínica São Geraldo.....78

2.3. O cuidado com a saúde bucal.....85

2.3.1. Especificidade das mulheres.....97

2.4. Motivos atribuídos às condições de saúde bucal.....100

2.4.1. Dor de dente, sinal de que algo não vai bem.....100

2.4.2. A falta de conhecimento e a falta de dinheiro.....104

2.4.3. Prática Odontológica como resposta aos problemas de saúde bucal.....110

2.4.4. Experiência da relação paciente/profissional.....116

2.5. Dente, cartão do status social.....120

Faculdade de Educação / UFMG.

3.0 CARÁTER EDUCATIVO DA CLÍNICA SÃO GERALDO.....128

3.1. A procura à clínica.....131

3.2. Relação dentista-aluno/paciente.....137

3.2.1 Aspectos da relação paciente/profissional na odontologia.....137

3.2.2. A importância do diálogo.....141

3.2.3. Ensinando/aprendendo os cuidados com a saúde bucal.....146

3.2.4. Avaliando o dentista-aluno.....152

3.3. O acesso à Clínica em discussão..... 155

3.4. A Saúde bucal enquanto objeto de reivindicação.....166

CONCLUSÃO.....175

RÉSUMÉ.....183

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....184

RESUMO

Este estudo objetivou interpretar a educação em saúde bucal fora do âmbito de práticas pedagógicas voltadas para a instrução, e informação sobre aspectos da higiene corporal. Tratou-se de compreender a construção da necessidade de saúde bucal no processo geral e, mais ampliado de formação humana. As precárias condições de saúde bucal e a mutilação dentária, muitas vezes observadas nos membros das classes populares, parecem insuficientes para gerar um movimento reivindicatório para ter a saúde bucal como direito. Pretendeu-se explorar esta questão no plano dos valores de referência dos usuários da Clínica Odontológica São Geraldo que está ligada ao Departamento de Odontologia da PUC-MG. Para tanto, utilizou-se de uma metodologia de investigação que privilegiou os atores sociais envolvidos no atendimento odontológico prestado pela Clínica. A partir da análise da experiência do trabalho realizado na Clínica e sua relação com a comunidade do bairro São Geraldo, foi possível montar o histórico de suas propostas de atuação desde sua fundação até 1990. Viu-se que o objetivo perseguido, em toda a sua trajetória, foi a expansão do atendimento odontológico e melhoria da qualidade de saúde bucal da população moradora naquele bairro. Apesar do objetivo proposto não ter sido totalmente alcançado, o trabalho da Clínica São Geraldo, com suas limitações, parece que tem propiciado a seus usuários outras representações sobre a saúde/doença bucal. Através da análise de conteúdo de 20 entrevistas realizadas com usuários da Clínica, pode-se perceber que a saúde bucal aparece como necessidade, quando garantias mínimas de sobrevivência já foram conquistadas. A luta pelo direito à saúde bucal parece concorrer com outras necessidades consideradas prioritárias. Para os entrevistados, a representação da saúde/doença bucal articula-se com a complexa embricação entre o trabalho, moradia, família, afeto, vida e morte. Observou-se que o valor saúde bucal não se restringe à dimensão do nível de instrução dos entrevistados. A saúde bucal vai se conformando enquanto necessidade dentro das condições materiais e sócio-culturais de existência destes indivíduos.

INTRODUÇÃO E ASPECTOS METODOLÓGICOS

O campo da odontologia, no Estado de Minas Gerais assim como em todo Brasil, apresenta grandes contradições. Está instalado no país o maior número de escolas de odontologia do mundo. Segundo o Conselho Federal de Odontologia, em 1989, o Brasil possuía mais Faculdades de Odontologia do que os Estados Unidos e o Canadá juntos. O Estado de Minas Gerais, com onze Faculdades, ocupa o segundo lugar em número de Faculdades no país. A relação dentista/habitante está próxima da relação ideal preconizada pela Organização Mundial de Saúde que é de um cirurgião dentista para dois mil e quinhentos habitantes. Em algumas regiões do país, a relação dentista/habitante chega mesmo a superar essa proporção. Por exemplo, no Estado de Minas Gerais, em 1989, a relação dentista/habitante estava em torno de 1/1394.[1]

A legalização e institucionalização da profissão de Cirurgião Dentista no Brasil, segundo CUNHA (1952), ocorreu desde 1856. Apesar de termos profissionais legalizados no país desde a época do império, o Brasil tem o maior índice de cárie do mundo e 63% dos brasileiros na faixa etária entre 50 e 59 anos usam prótese total ou dela

---

(1) Dados retirados do documento Odontologia: Força de Trabalho; características e distribuição, produzido pelo CFO em 1989.

necessitam. Na região sudeste, pessoas na faixa etária entre 15 e 19 anos e com renda familiar de até 2 salários mínimos apresentam 16% de sua dentição permanente perdida. Na faixa etária entre 35 e 44 anos, pessoas com esta mesma renda familiar já perderam 72% de sua dentição.[2]

Esses seriam alguns dados para quantificar uma situação que faz parte do cotidiano dos brasileiros. Qualquer olhar que se direcione para a cara e o sorriso deles denuncia esta situação. A perda dos dentes parece ser comum com o passar da idade. A imagem que temos do adulto é aquela pessoa parcial ou totalmente desdentada. Perder ou "arrancar" um dente parece fazer parte da história "natural" da vida dos indivíduos. A esta situação de precárias condições de saúde bucal, muitas vezes, é atribuída a ignorância da maioria da população brasileira.

Para a grande maioria da população pode-se afirmar que hoje existe uma completa falta de atenção odontológica. Os poucos serviços públicos odontológicos existentes têm, como característica, uma atuação incipiente frente aos problemas de saúde bucal encontrados na população. Em sua maioria, a assistência pública odontológica se compõe de medidas restritas à cura das doenças, tendo a exodontia como procedimento mais prevalente para a solução dos problemas.

---

(2) Dados obtidos no levantamento epidemiológico realizado nas zonas urbanas do país em 1986 e publicado pelo Ministério da Saúde, em 1988.

O Estado brasileiro não tem assumido a saúde bucal enquanto direito básico do cidadão. O Estado tem se colocado omisso na prestação da assistência odontológica, assim como na implementação de medidas preventivas mais amplas. Existe, hoje, no Brasil, um enorme contigente de população excluída do direito à atenção odontológica. Conseguir uma consulta Odontológica ainda se constitui privilégio acessível a apenas 15% dos brasileiros.

Podem ser observados no país alguns poucos programas de atenção odontológica, geralmente destinados à população escolar na faixa etária de 6 a 14 anos, que associam ao tratamento restaurador medidas preventivas calcadas na educação para a saúde. Esses modelos de educação para saúde têm, porém, assumido a transmissão de um acervo vazio de treinamentos aparentemente sem referência ou de manipulação mistificadora. Ainda fazem lembrar os modelos suscitados no final do século XIX, quando a higiene e a saúde estavam correlacionadas a um esforço generalizado de moralização e de domesticação das classes populares.

O enfoque preventivo contido nos poucos programas de atenção odontológica implementados no país nas últimas décadas tem representado inquestionável avanço no campo da consciência clínica. Por outro lado, essa consciência preventiva não tem se incorporado à prática cotidiana dos indivíduos das classes populares, cujas condições materiais,

culturais e a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, e mesmo às informações, têm sido responsáveis pelo atual quadro de saúde bucal.

Lidando na minha prática profissional, como odontóloga, com essa situação tão familiar, procurei seguir a sugestão de BOURDIEU (1989, p.49) e fazer a conversão do olhar, o que era "natural" passou a ser questionado. A resignação frente à dor e à mutilação dentária, muitas vezes observada, fez com que sucitasse em mim a preocupação com os atores sociais membros das classes populares.

Como estão sendo encarados os problemas de saúde bucal por parte das classes populares? Apesar de sermos um país de desdentados, a dor e a mutilação dos dentes parecem ainda insuficientes para gerar uma ação no sentido de ter a saúde bucal como direito. A saúde bucal, porventura, ainda não se constituiu enquanto valor para as classes populares? Por que não aparece nas pautas dos movimentos reivindicatórios?

Essas preocupações com a saúde bucal desses atores sociais foram sendo gestadas desde o início de minha formação como cirurgiã dentista.

Minha opção pela área de saúde, curso de odontologia, passou pela vontade de cuidar da vida. Acreditava que, através dos conhecimentos obtidos na

Universidade, poderia propiciar formas para que as pessoas fossem mais saudáveis, mais bonitas. Tinha a ilusão de que, com alguns instrumentos e o conhecimento de como manejá-los, conseguiria o meu objetivo.

No meu processo de formação universitária, esse corpo vivo cujo sorriso e arcadas dentárias desejava transformar demorou a aparecer. Nos primeiros anos, a morte chegou primeiro através dos cadáveres que aprendi a dissecar, através das lâminas nos laboratórios, células mortas, corpos inanimados. Quanto ao indivíduo, membro das classes populares, objeto da minha intervenção, e, por que não, do meu aprendizado, ele foi, na maioria das vezes, apresentado como tarefa técnica a ser executada: exodontia, restauração plástica, tratamento endodôntico etc. Para quem pretendia cuidar da vida, a decepção logo veio: a exodontia foi a primeira tarefa odontológica que aprendi a fazer.

Minha formação foi marcada pela aprendizagem de um conhecimento que tinha como característica a redução do corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou dimensões, o sistema estomatognático, na maioria das vezes a um único elemento desse sistema, o dente. Em raros momentos, no meu processo de formação, pude observar uma preocupação com o alvo da atenção odontológica, o paciente que tem como definição o "resignado, conformado, aquele que recebe, objeto de uma ação." (FERREIRA, 1986) O homem vivo na sua

complexidade das relações sociais, podia-se dizer, era visto como uma questão metafísica, supérfluo para o conhecimento.

As explicações biológicas se tornaram insuficientes no universo de um desejo de maior compreensão daquele indivíduo que se colocava diante de mim para que fosse cuidado. O que existiria além de streptococos, dentes e cáries?

Cabe nesse ponto uma resalva. No Departamento de Odontologia da PUC-MG, onde me formei, havia grande preocupação com a realidade epidemiológica de saúde bucal. Existia o interesse de ampliar a avaliação da realidade de saúde bucal para além do fator biológico. Porém, nessa avaliação, o sujeito de nossa intervenção era visto, muitas vezes, como reflexo de uma estrutura social que se encontrava fora dele e determinava sua forma de ser.

Mesmo com esse enfoque mais ampliado e diante de um quadro epidemiológico assustador, restaram algumas questões não respondidas:

Como os problemas de saúde bucal vêm interferindo no cotidiano das pessoas? A mutilação dentária seria encarada de forma "natural" pelas classes populares?

Frente a essa problemática busquei como objeto desta dissertação, um estudo voltado para o indivíduo no cotidiano concreto de sua vida, analisando as contradições,

Faculdade de Educação / UFMG

expectativas e valores presentes na gênese da saúde bucal enquanto carência. Através das suas representações sobre a saúde/doença bucal, sobre as instituições e serviços odontológicos pretendi estabelecer a relação entre o direito à saúde bucal e a situação de desigualdade no campo sanitário a que estão submetidas as camadas populares.

A vida cotidiana, como observa HELLER (1989), é a vida do indivíduo onde ele é simultaneamente ser particular e genérico.

> "É a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias e ideologias." (HELLER, 1989, p.17).

A vida cotidiana apesar de se apresentar como "o posto", segundo a autora, é o material da história, é a verdadeira essência da substância social e o é assim, porque o mundo fenomênico, ao mesmo tempo que manifesta a realidade, também a esconde.

O estudo das representações sociais sobre a saúde/doença bucal parece fornecer elementos que facilitam o entendimento da constituição da saúde bucal enquanto necessidade a partir do ponto de vista dos sujeitos que a

sentem. Nas contradições vivenciadas por uma sociedade que lhes impõe limites os sujeitos vão estruturando suas representações sobre si mesmos e sobre o mundo.

> "As representações sociais são fenômenos complexos que extrapolam categorias puramente lógicas e invariantes. Organizam-se como um saber acerca do real que se estrutura nas relações do homem com este mesmo real."(MOSCOVICI, 1979, p.50)

> "...as representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamento e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e estas, não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior." (MOSCOVICI, 1979, p.50).

As representações sociais portanto não estão sendo aqui consideradas como impressões que os sujeitos fazem do real, e sim , como um produto do sujeito histórico e social que ao construir este real também se constrói.

As representações sociais, apesar de serem construídas em torno de um objeto real ou imaginário, jamais poderão ser captadas e analisadas à distância do viver concreto dos sujeitos. Através das representações sociais o homem se comunica e age, assim rege a relação com o mundo e com os outros homens. É através das representações que os homens organizam as comunicações e condutas sociais. (MADEIRA, 1990).

Essa investigação sobre as representações sociais da saúde/doença bucal se insere em estudos que se centram no significado atribuído pelos atores sociais, e portanto, nos conteúdos das teorias "leigas" em função de sua própria lógica e coerência.[3] Tais estudos procuram resgatar o papel dos sujeitos sociais na estruturação dinâmica do mundo social de suas experiências e do vivido enquanto prática, no sentido de movimento que se constrói e que expressa significações a partir da forma peculiar de inserção desse homem na totalidade social.

> "Nesta linha de análise, deixa de ter sentido a dicotomia entre afetivo, emocional, subjetivo, individual e o que lhes seria oposto, ou seja, o efetivo, o racional, o objetivo e o social. A racionalidade, tanto quanto a afetividade e a emotividade, se vincula e opera no concreto como síntese possível e dinâmica de um processo histórico que a extrapola. Todas estas dimensões articulam-se à especificidade da parte pela qual o sujeito se integra em determinada totalidade social." (MADEIRA, 1990, p.4).

A escolha da Clínica São Geraldo como campo de investigação ocorreu por dois motivos. O primeiro, pela minha experiência de três anos como docente da disciplina de Odontologia Social e Preventiva que possibilitou estar

---

(3) Segundo SPINK (1989, p.10), " as representações sociais constituem campo fértil para o estudo do processo saúde/doença porque permitem explorar a interface entre o senso comum e o pensamento científico, ou seja, este concebido como corpo de conhecimento ou como relações sociais com um grupo definido corporativamente como detentor do saber."

dicutindo e construindo, com os alunos estagiários naquele local, uma abordagem e uma intervenção odontológica que tentavam priorizar o indivíduo como sujeito no tratamento odontológico. O segundo motivo é que, na Clínica São Geraldo, já existia há treze anos uma experiência que buscava construir uma prática odontológica voltada para o atendimento de pessoas que se encontravam excluídas do acesso aos serviços odontológicos. Objetivava-se uma prática que desse conta de democratizar a atenção odontológica e que fosse capaz de transformar o quadro de saúde bucal encontrado naquele bairro e imediações.

Além disso, observações feitas durante os três anos de docência nesta Clínica demostraram que a população ali atendida, na maioria das vezes, parecia conformada com o atendimento proposto. Reivindicava muito pouco, em raros momentos se rebelava. Um dos indicadores de uma suposta insatisfação era a pronta desistência do tratamento e o alto número de faltas às consultas. Podia-se notar a aparente satisfação pela extração dentária conseguida através do atendimento de emergência.

Também foi possível observar que os pacientes que frequentavam a Clínica, durante algum tempo, demonstravam uma mudança em sua forma de se apresentarem para o tratamento. Além do mais, era também observado o prazer de alguns usuários por frequentarem a clínica.

A experiência de trabalho na Clínica São Geraldo propiciou-me alguns questionamentos: o atendimento odontológico da Clínica poderia estar contribuindo para a construção de outros valores sobre saúde/doença bucal? Em que medida estaria favorecendo a incorporação da saúde bucal enquanto direito a ser conquistado?

A primeira fase da pesquisa teve como objetivo descrever a Clínica São Geraldo, como cenário, e os atores- professores, funcionários, alunos e usuários- que lá atuavam. Nessa etapa, procurei analisar os documentos produzidos pelo Departamento de Odontologia e pelos professores que atuavam na Clínica São Geraldo. Como resultado, obtive uma primeira organização das propostas de trabalho executadas dentro de uma cronologia nesses treze anos.

Para o detalhamento desse histórico e busca de esclarecimento das dúvidas levantadas pela análise dos documentos, foram feitas entrevistas com professores e funcionários que participavam do trabalho da Clínica desde o início. Realizei entrevistas no período de julho a agosto de 1991 com três professores e uma ex-atendente da Clínica, considerados elementos chaves dentro da construção da proposta de atenção odontológica.

Nessas entrevistas foram abordados os seguintes temas:

-Processo de criação da Clínica: origem da demanda da criação da Clínica; como se deu a articulação entre Universidade e a comunidade do bairro São Geraldo; pessoas que participaram no processo de criação; atuação de cada instituição envolvida; o que ficou acertado enquanto objetivo da Clínica; programa de ação da Clínica do ponto de vista da atenção odontológica, do ponto de vista da docência.

-Desenvolvimento do programa de atenção odontológica: fases por que passou o programa; causas das várias mudanças ocorridas desde sua criação e como se deu o envolvimento com a comunidade local.

Dessa fase do trabalho resultou o primeiro capítulo da dissertação, onde tentei caracterizar a Clínica São Geraldo no contexto do projeto de Ensino Inovado de Odontologia do Departamento de Odontologia da PUC-MG e com um modelo de atenção odontológica que não se restringiu à prestação da assistência e buscou uma maior aproximação com a comunidade local.

Na segunda fase da pesquisa tentei levantar qual era o significado da saúde bucal para as pessoas usuárias da Clínica São Geraldo. Procurei observar dentro de suas

condições concretas de vida em que momento a saúde bucal aparece como *necessidade ou objeto do desejo a ser* conquistado.

Nesse momento, tratar do problema saúde/doença bucal remeteu a uma interrogação que extrapolou o corpo individual e o diagnóstico odontológico. A busca de seu significado tem a ver com uma interpretação coletiva complexa e em constante movimento. Implica colocar-se em uma perspectiva que leva em conta não apenas a doença em abstrato, mas o próprio doente, tendo a ver com a sociedade e seu discurso sobre a enfermidade e os enfermos.

Segundo MINAYO (1989, p.82), estudos empíricos sobre o fenômeno saúde/doença "estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a **concepção de saúde/doença é construída, como o doente é um personagem social."**[4]

Fiz opção por um processo de coleta de dados a partir de entrevistas. Foram realizadas vinte entrevistas no período de outubro a novembro de 1991. A seleção das pessoas entrevistadas se deu dentro do universo dos usuários que frequentavam a Clínica nos horários, de segundas e quintas-feiras, pela manhã.

---

(4) Grifos meus.

Utilizei-me das técnicas de entrevista aberta e, por vezes, semi-estruturada que, por suas características, poderiam favorecer maior aproximação do meu objeto de estudo. Através desses tipos de entrevista foi possível uma maior interação com as pessoas entrevistadas, propiciando a exposição do universo de significações próprias daquelas pessoas em referência à capacidade de expressar específica do grupo ao qual pertencem. Este tipo de entrevista favoreceu a captação de informações menos "censuradas" do que no caso de outros procedimentos como questionários fechados, por exemplo.(THIOLLENT, 1987, p.85).

Além disto, como afirma MADEIRA (1990, p.13), as representações não se esgotam no manifesto, não se restringem ao falar, mas têm que ser buscadas nas relações deste com o dizer. "O dizer, muitas vezes irrompe ou faz sentir sua presença, na sutileza dos silêncios, dos risos, das hesitações ou de outros tantos mecanismos." Na situação de entrevista foi de fundamental importância estar atenta a essas formas de dizer. Em vários momentos pude observar que existia uma forma de proteção do afloramento daquilo, que às vezes, não tem espaço nem mesmo nos entrevistados, para ser falado.

Utilizando-me desses passos metodológicos, tentei explorar o universo de vida dos entrevistados quanto às suas representações sobre saúde/doença, partindo da consideração

de que são resultantes dos processos sociais e dos processos subjetivos individuais. De acordo com autores como MOSCOVICI (1979), JODELET (1990), SPINK(1989), MADEIRA (1990), esses dois campos não são independentes, não existiria uma subjetividade isolada, mas uma subjetividade que se constrói em relação à objetividade, na prática social.

Para captar o sentido da saúde/doença representado, fez-se necessário apreender as articulações que lhe dão substância. Dentro desta problemática foi discutida a saúde/doença bucal de cada indivíduo entrevistado em sua história pessoal. Sem negar as particularidades da história pessoal de cada um, busquei entendê-la no interior das relações sociais. Para tanto foi levado em conta o alerta dado por MARX,

> "El individuo es el ser social, es la encarnación humana de un conjunto de determinaciones sociales ... es la criatura de las relaciones sociales, "por más que subjetivamente pueda elevar-se sobre las mismas"." (MARX op. cit. ENGUITA, 1985 p.98).

O objetivo de conhecer aspectos da trajetória de vida dos entrevistados foi tentar captar quais as circunstâncias que os levaram a valorizar a saúde bucal e colocá-la como necessidade. Assim, condições de vida, trabalho, e as formas de organização social que engendram as situações de saúde/doença bucal dos entrevistados tiveram

grande importância. Além do mais, procurei pesquisar como os entrevistados colocavam a atenção odontológica recebida na Clínica São Geraldo dentro de sua história de saúde/doença bucal.

As circunstâncias de vida dos entrevistados foram vistas como elemento pedagógico. Tomando este ponto de vista da teoria marxista, busquei perceber o indivíduo como ser que cria e transforma a realidade e que, ao desempenhar esse papel, coloca a si próprio como sujeito e objeto. Como afirma Marx, "las circunstancias hacen al hombre en la misma medida en que éste hace a las circuntancias." (MARX op. cit. ENGUITA, 1985, p.106). As condições materiais de vida fundamentam a formação humana porque são constituídas de relações sociais contraditórias.

O processo de categorização dos dados encontrados nas entrevistas foi o resultado da classificação analógica e progressiva. Uma das vantagens desta técnica foi a categorização dos dados após a sua coleta. Busquei assim diminuir o risco da incorporação forçada de um dado a uma categoria ou dar maior importância àquelas que apresentam maior frequência.(BARDIN, 1988, p.37).

Devo, contudo, ressaltar que os entrevistados, usuários da Clínica São Geraldo, já haviam passado por um momento de discussão e de sensibilização em relação a sua

Faculdade de Educação / UFMG

percepção da saúde/doença bucal, pois esta é uma etapa que faz parte da proposta de atendimento odontológico daquele local. Isto foi muito positivo para o processo de entrevista, pois, como afirma MINAYO (1989, p.141), este processo deve privilegiar os sujeitos que detém os atributos que a investigação pretende conhecer.

As vinte entrevistas foram realizadas na Clínica São Geraldo, pois tive a intenção de privilegiar o cenário em plena atuação, com todos os atores envolvidos. Parti do pressuposto de que as pessoas falam com desenvoltura e vivacidade daqueles temas que constituem o material de sua experiência imediata. (MINAYO,1989). Sendo assim, na maioria das vezes, optei por iniciar a conversa a partir do relato das experiências vivenciadas naquele local.

Uma desvantagem de ter escolhido a Clínica como local das entrevistas foi o barulho de dez equipamentos odontológicos funcionando, o que, muitas vezes, fez cair a qualidade das gravações. Além do mais, existiu a dificuldade para encontrar um espaço mais reservado dentro da Clínica para fazer esse tipo de entrevista, onde o entrevistado está falando sobre sua intimidade e sua vida. "O eu do sujeito é o referente básico do processo de estruturação das representações. Não um eu abstrato mas o homem concreto que forja sua identidade nas relações com o outro e com o mundo." (MADEIRA, 1990).

Muitas vezes, busquei ficar atenta às possíveis interferências que poderiam ser suscitadas pela minha posição de professora da Clínica e pela minha convivência anterior com as pessoas entrevistadas. O processo de entrevista pressupõe uma interação entre os sujeitos. Nessa interação fica exposto o caráter subjetivo desta técnica, uma vez que as características básicas de cada um de nós - entrevistador e entrevistado - interferem na percepção, nas expectativas e nos motivos do outro.

No segundo capítulo tentei identificar os sujeitos sociais usuários da Clínica Odontológica São Geraldo enquanto atores na construção do seu valor saúde bucal. Através de suas formas peculiares de expressão tentei perceber, no contexto de suas vidas, como a saúde/doença bucal aparece como fenômeno que gera interesse. Quais foram as condições e circunstâncias que influenciaram o aparecimento desse interesse. Nesse sentido foram analisadas as circunstâncias que poderiam redefinir as representações de saúde/doença bucal bem como frear as possibilidades de construção de novas representações.

Foi propósito deste trabalho analisar a saúde/doença bucal em duas vertentes, partes de um mesmo todo: na primeira pretendi verificar como as condições de vida e trabalho dos usuários da Clínica São Geraldo interferem no aparecimento e no desenvolvimento de sua

condição de saúde bucal; na segunda tentei analisar como os seus problemas de saúde bucal interferem nas suas condições de vida e no seu trânsito social.

Um dos elementos centrais da teoria das representações sociais afirma que toda representação emerge de nossa necessidade de transformar o que é estranho em algo familiar. Isto é, a inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído; ancora-se o desconhecido em representações já existentes. (MOSCOVICI,1979).

Partindo desse princípio, a análise feita no segundo capítulo foi de fundamental importância para a construção do terceiro capítulo onde procurei observar como a experiência de tratamento odontológico vivenciada na Clínica São Geraldo contribuiu para a constituição da saúde bucal enquanto valor para seus usuários. Nesse sentido, tentei destacar quais foram as circunstâncias potencialmente pedagógicas, as situações propiciadoras de outras representações sobre o corpo e a saúde bucal e que poderiam estar influenciando novos cuidados com a boca e os dentes e as ações reivindicatórias para se ter a saúde bucal como direito.

CAPÍTULO I

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO DA CLÍNICA ODONTOLÓGICA SÃO GERALDO

A Clínica São Geraldo está situada no bairro do mesmo nome, na região leste da cidade de Belo Horizonte. Esta Clínica pertence ao Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais(DO PUC-MG).

A história da Clínica extra-muro São Geraldo é fruto do que se chamou de Modelo Inovado de Educação Odontológica. Primeiramente neste capítulo, tentou-se descrever este modelo dando destaque para o objetivo das clínicas extra-muros dentro das concepções de formação profissional do DO PUC-MG.

1.1 MODELO INOVADO DE EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA

O Departamento de Odontologia da PUC-MG foi fundado em 1974. Desde seu início, pretendeu-se implantar uma proposta de formação de cirurgiões dentistas o que, na ocasião, se chamou Modelo Inovado de Educação Odontológica. Tal proposta apresentou características diversas a partir da adesão a modelos de atenção à saúde que foram sendo discutidos e implementados em vários momentos de seu desenvolvimento.

Faz-se importante ressaltar que a partir dos meados da década de 70, o Estado brasileiro vivia uma crise de legitimidade do regime e que teve como reflexos mudanças na atitude dos setores liberais, a volta do Estado de direito e a discussão da questão dos direitos humanos. (VASCONCELOS, 1986).

Ao lado disso, podia-se observar uma crescente deterioração das condições de vida nos grandes centros urbanos e a ascensão dos movimentos e das organizações políticas de oposição, que foram configurando espaços de articulação de diferentes formas de organização de moradores na luta pelo direito à cidadania.

As políticas públicas procuravam maior efetividade na resolução da questão social, pois o processo de urbanização, naquele momento, agravou ainda mais as distâncias e segregações da apropriação dos serviços de consumo coletivo entre o centro e as áreas da periferia.

Nesse momento, a implantação das políticas sociais pode ser considerada reflexo da busca de legitimidade do Estado junto aos setores populares. A expansão e a tentativa de melhoria da rede de serviços de saúde, segundo JACOBI (1989, p.20), é realizada por uma interação entre os órgãos prestadores de assistência à saúde e a população.

As políticas públicas de saúde vinham sendo concretizadas com a implantação do modelo de Medicina Comunitária, através de uma série de projetos. A Medicina Comunitária foi definida como:

> "Prática médica não hegmônica, complementar à medicina científica e destinada a populações marginalizadas e caracterizada por ter como objeto a comunidade local, pela utilização da equipe de saúde com ampla delegação de funções para pessoal auxiliar, pela destecnificação do ato médico através do uso de tecnologia apropriada, pela integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, pela hierarquização dos serviços que viabilizam a universalização dos cuidados primários, pela inclusão de práticas médicas alternativas e pela utilização da participação comunitária." (MENDES, 1985, p.60).

Nos países capitalistas como o Brasil, segundo MENDES (1985, p.46), o modelo de Medicina Comunitária se caracterizou por ser uma prática médica complementar, num sistema dual onde ela coexistiu com a Medicina Científica e estava destinada a categorias sociais que estavam excluídas do consumo dos serviços médicos. "A Medicina Comunitária é o espaço dos marginais rurais e urbanos." Para esse autor, a medicina comunitária atuou como instrumento de intervenção social em grupos sociais que viviam em situações potenciais de conflito.

Faculdade de Educação / UFMG.

Todavia, FIGUEIREDO (1992, p.49), conclui que, apesar de o modelo de Medicina Comunitária se inscrever como política de controle social baseada na racionalização e contenção dos custos e com ênfase na participação popular, ele também se prestou ao papel de contestação às políticas vigentes, espaço possível à mobilização popular e à politização da questão saúde e, ao se estender a outros setores da sociedade, configurou-se como possibilidade para a construção da cidadania.

O modelo de Medicina Comunitária, ao remeter a uma nova organização na prestação de serviços de saúde, requisitava um outro perfil para os profissionais de saúde. Para isso foi necessário definir novas funções das universidades na promoção e orientação de programas de saúde. Segundo FIGUEIREDO (1992, p.51), na XXXIII Reunião do Conselho Executivo da Organização Panamericana de Saúde, realizada em 1974, foi destacada a responsabilidade das Universidades no desenvolvimento de planos mais efetivos que contribuíssem para organizar a prestação da atenção à saúde.

As escolas médicas buscavam formar profissionais voltados para as necessidades individuais e sociais e a elas sensíveis.(DONNANGELO, 1976, p.50).

O mecanismo essencial para a formação de profissionais da área da saúde passa a ser a articulação entre as escolas e os serviços de prestação de assistência à saúde. Assim, " a pedagogia da Medicina Comunitária toma a prática do atendimento médico como ponto de partida." (FIGUEIREDO, 1992, p.52).

Seguindo os parâmetros dos projetos docente-assistenciais e, com vistas a aproximar a formação profissional com o sistema prestador de serviços de saúde, a organização do currículo das escolas médicas foi pensada a partir da organização do sistema de saúde do país.

O modelo de Medicina Comunitária implantado no país nessa época e as discussões que se faziam no âmbito nacional sobre a formação dos profissionais de saúde tiveram forte influência na estruturação do Modelo de Formação de Odontólogos do DO PUC-MG.

O grupo de professores que fundou o Departamento de Odontologia apresentou um projeto proposto a partir das críticas aos modelos de ensino odontológico do país. Os chamados modelos tradicionais foram caracterizados pela fragmentação do conhecimento, especialismo, disciplinas organizadas assistematicamente e tendentes a enfatizar a parte técnica, dificultando, muitas vezes, a compreensão e a intervenção mais ampliada no quadro de saúde bucal da

população brasileira. Percebeu-se, na época, que os profissionais formados pelos modelos tradicionais, na maioria das vezes, estavam muito distanciados das necessidades de saúde bucal da maior parte da população, pois não havia uma integração entre o sistema educacional de formação de odontólogos e o sistema de prestação de serviços de saúde bucal. (MENDES e MARCOS 1985).

Apesar desse ponto de vista colocado por esses autores, a desintegração com as necessidades de saúde bucal da maioria da população se dava pela quase inexistência de serviços de atenção odontológica, tanto que desde a criação do DO PUC-MG existiu a preocupação de se estabelecer uma prática profissional que pudesse estar voltada para atender aos 80%[5] da população brasileira que se encontravam à margem da atenção odontológica.

A formação de profissionais da odontologia teria que responder também à construção de uma prática profissional que tivesse como eixo norteador a expansão da atenção odontológica para as camadas sociais que se encontravam à margem desta assistência. Assim, na época da criação do curso de odontologia da PUC-MG, não havia modelo pronto para dar resposta a tal desafio. Foi preciso

---

(5) Este percentual se encontra no projeto inicial do Departamento e nas demais publicações feitas sobre o Modelo Inovado de Educação Odontológica sem haver uma referência da fonte deste dado e das razões para o estabelecimento de tal porcentagem.

construí-lo. A tentativa de expandir o atendimento odontológico, através de uma prática inovada, foi um dos fundamentos de toda a história do DO PUC-MG.

A fim de estabelecer um processo educacional que pudesse apresentar um maior nível de qualidade que os modelos tradicionais, tinha-se como objetivo formar profissionais generalistas capazes de atender às necessidades prevalentes da comunidade, através de uma filosofia preventiva e de um trabalho em equipe com níveis adequados de qualidade. Para tanto, foram consideradas relevantes as pesquisas que contribuíssem para a definição de modelos de prestação de serviços.

A preocupação do Departamento era com a formação de um profissional que fosse comprometido com os problemas de saúde da população brasileira. Pretendia-se formar um profissional sensível ao quadro nosológico de saúde bucal encontrado. A partir de uma nova visão da prática odontológica e de uma nova atitude para com as necessidades individuais e sociais que incidem sobre a saúde, o profissional passaria a atuar como agente de uma mudança capaz de transcender os limites de sua ação profissional para também atingir o meio social.

Como estratégia para montagem do ensino inovado em odontologia, fez-se primeiro um levantamento dos problemas de saúde bucal que mais acometiam a população. A partir daí, buscou-se definir, então, quais seriam os modelos de intervenção. A seguir, foram observados os serviços odontológicos públicos e privados de Belo Horizonte a fim de verificar as tarefas mais executadas e relacionar a sua competência a níveis profissionais. Foi a partir desses dados que se conseguiu traçar o perfil profissional que aquele Departamento se propunha a formar e foi, também, a partir daí, que se estruturou a grade curricular não só do curso de graduação em odontologia, bem como a formação de técnico de prótese dentária e atendente de consultório dentário. Segundo registros encontrados nos documentos do Departamento, esta foi a primeira escola do país a montar um ensino odontológico multiprofissional.

O projeto inicial apresentava como idéia básica o conceito de integração que pode ser observado em diversos níveis do novo currículo como: integração entre disciplinas e conteúdos do ciclo básico com o ciclo profissionalizante; integração entre as ações preventivas e curativas; integração entre atividades teóricas e práticas e entre o ensino e o serviço.

A integração foi considerada fundamental para que o estudo fluísse dentro de uma coerência pretendida com o quadro epidemiológico da população. Para esse modelo fundamentado na integração, foi proposta a extensão do ensino através das clínicas extra-muros e considerou-se que

> "... as mudanças na educação odontológica deveriam ser feitas por uma indução centrípeta, a partir de áreas periféricas de integração de docência e serviço que, ao colocarem a universidade em contato com a realidade social, determinariam, certamente, modificações substantivas no modelo tradicional." (MENDES e MARCOS, 1985, p.27).

Antes da graduação da primeira turma, o Departamento já contava com pelo menos duas clínicas extra-muros. Nesse momento, pretendeu-se desenvolver um programa de treinamento que reproduzisse três sistemas de atenção odontológica: sistema privado, sistema previdenciário e sistema público. Na avaliação do trabalho desenvolvido nessas clínicas, MENDES e MARCOS (1985, p.11), observaram que:

> "Os modelos de extensão propostos naquela época, significavam exclusivamente o trabalho em espaços institucionais que pudessem reproduzir condições de trabalho vigentes nas Secretarias de Saúde (modelo de odontologia ao escolar) e na Previdência Social (modelo previdenciário). O início da experiência de extensão no bairro São Geraldo e no Centro Educacional Cândida Cabral mostra de forma clara essa opção."

Com relação ao sistema privado, foram consideradas as experiências vivenciadas dentro do Departamento de Odontologia.

Em 1980, além dessas clínicas, a escola também contava com as clínicas do bairro Renascença, onde funcionavam as disciplinas de Clínica Integrada II e Odontopediatria e a clínica do INAMPS que funcionava dentro do próprio Departamento, no campus da PUC-MG.

A partir de 1978, a teoria e os modelos de Odontologia Simplificada chegaram ao Departamento de Odontologia através da adesão ao Programa de Inovações em Ensino e Serviços Odontológicos coordenado pela Organização Panamericana de Saúde e Fundação Kellog.[6]

Sob a influência das experiências latino-americanas e da experiência de Medicina comunitária vivenciada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais[7], as clínicas extra-muros passaram então a implantar a Odontologia simplificada definida como:

---

(6) Estas entidades internacionais também foram responsáveis pelo financiamento de muitos projetos de Medicina comunitária implantados no Brasil, na década de 70. Segundo VASCONCELOS (1978), estas entidades através de financiamento de políticas de saúde, voltadas para as categorias marginais da sociedade, expressavam uma preocupação com a estabilidade política da ordem social capitalista da America-Latina.
(7) Um dos estudos sobre esta experiência foi o realizado por SOBRINHO (1984).

> "Prática profissional que permite, através da padronização, da diminuição de passos e eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E ao tornar-se mais produtiva, tornam viáveis os programas de extensão de cobertura." (MENDES e MARCOS, 1985, p.12).

Como proposta de organização da assistência odontológica, a odontologia simplificada tinha seus pressupostos oriundos da Medicina Comunitária. Desta forma, foi levada para o campo da odontologia a idéia de extensão da prática às populações carentes através de mecanismos integradores, de racionalização dos recursos da odontologia institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais, objetos dessa prática.

Essas proposições se coadunavam com a proposta do DO PUC-MG, que desde sua criação buscava uma odontologia voltada para as camadas sociais que se encontravam privadas da assistência à saúde bucal. Pretendia-se uma odontologia na época tida como "mais social". A concepção do social aqui foi colocada nas noções de necessidade de saúde bucal apontadas pelo quadro nosológico encontrado em Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais, na carência ou pobreza das populações periféricas da cidade, no direito à saúde, ou melhor, à atenção odontológica regulada pelas diferenças sociais.

Em 1979, quando se iniciou a implementação do projeto de Odontologia Simplificada no Departamento, nem toda a equipe de professores aderiu ao mesmo. Existiu um grupo de oposição ao projeto, que era o grupo dos professores chamados "cientificistas", que não concordavam com a proposta de simplificação e defendiam o aprimoramento do ato técnico como valor máximo da prática odontológica. Defendiam uma prática odontológica com ações fundamentadas em atos de caráter curativo restaurados e voltados para a atenção individual. Esses professores consideravam os princípios e as tecnologias da Odontologia Simplificada algo que não tinha suas bases no conhecimento odontológico.

O grupo que apoiava os princípios da Odontologia Simplificada era chamado o grupo "da social". Este grupo contava com o apoio da direção do departamento. O conflito entre as idéias defendidas por estes dois grupos foi bem explicitado pelo depoimento dado por um dos professores que fazia parte do grupo que apoiava a Odontologia Simplificada em entrevista realizada em agosto de 1991.

> *"O Departamento era dividido porque ele tinha o novo no bojo dele. Mas, existia uma participação bem clara do velho e o velho era hegemônico. Na verdade, a questão da ciência, do cientificismo e da simplificação era uma questão nova que estava sendo colocada com uma forma velha de formar profissional e prevaleceu, eu acho, a forma velha. Apesar de que uma forma velha mais remoçada, já assim... já não tinha mais... já não era a mesma coisa do que era antes."*

A proposta de odontologia simplificada implementada e vivenciada pelo DO, em todas as suas nuances, principalmente no seu local de excelência que foi a Clínica São Geraldo, Segundo MENDES e MARCOS (1985), produziu internamente no Departamento sua própria crítica.

Em 1983, a partir de discussões no curso de pós-graduação em Odontologia Social e Preventiva sobre o modelo de Odontologia Simplificada adotado pelo Departamento, detectou-se que a Odontologia Simplificada era uma prática que não trazia uma mudança qualitativa do ponto de vista da saúde bucal, pois se fundamentava em atos curativos como a odontologia tradicional. Haveria que se buscar uma prática odontológica que não funcionasse como apêndice da odontologia tradicional, como era o caso da odontologia simplificada.

As práticas odontológicas realizadas nas clínicas extra-muros, principalmente na Clínica São Geraldo, tiveram grande importância para a avaliação da prática de Odontologia Simplificada implementada pelo Departamento de Odontologia até aquela época. Percebeu-se que o que se tinha buscado nas clínicas extra-muros, como a São Geraldo, por exemplo, era a produção de mais atos curativos em menor tempo, a custo mais baixo possível.

Faculdade de Educação / UFMG

Pode-se ressaltar como crítica à odontologia simplificada os seguintes pontos: destinava-se às classes populares da sociedade, mantendo a desigualdade de assistência segundo as assimetrias sociais; praticavam-se atos odontológicos limitados, fundamentados em ações de caráter curativo-restaurador, com técnicas ditas alternativas, incapazes de restabelecer e manter níveis mais adequados de saúde bucal.

Após tais avaliações, foi proposto um outro modelo de prática odontológica que pudesse superar o caráter restrito da odontologia simplificada. Nesse momento, houve a tentativa de superação daquela odontologia estratificada segundo as diferenças sociais. Tinha-se como desafio a construção de uma prática odontológica capaz de manter a saúde bucal e que conseguisse superar o questionamento da qualidade versus quantidade e das ações preventivas versus tratamento restaurador. O modelo proposto denominado odontologia integral foi concebido como,

> "prática ecologicamente orientada, alternativa à Odontologia Flexineriana[8], que tem como objetivo último a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção no sentido mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional com utilização intensa de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber." (MENDES e MARCOS, 1985, p.25).

Apesar da grande pretensão esboçada na concepção teórica, na prática, o que se conseguiu foi sair do eixo limitado das intervenções da Odontologia Simplificada para ampliar as tarefas e intervenções por níveis de atenção. A Odontologia Simplificada já tinha dado mostras o suficiente para se concluir que, através de exodontias, restaurações plásticas e profilaxias bucais, não se conseguia mudar o nível de saúde bucal da população atendida.

O projeto da Odontologia Integral, segundo MENDES e MARCOS, era sustentado por alguns pressupostos básicos. A simplificação de equipamento, instrumentais, racionalização de passos das tarefas odontológicas, do espaço físico e utilização de pessoal auxiliar foram heranças da Odontologia Simplificada que permaneceram. O outro eixo da Odontologia

---

(8) A Odontologia Flexinariana ou Científica, segundo MENDES e MARCOS (1985, p.24), pode ser entendida como "prática profissional de universalidade biológica, orientada para cura ou alívio de doenças ou para restauração de lesões e é caracterizada pela natureza individual de seu objeto; pela concepção mecanicista do homem; pela crescente corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital; pela dominância de especialização; pela seletividade de sua clientela e pela exclusão de formas alternativas de prática."

Integral era a implementação e ênfase nas ações preventivas. A desmonopolização do saber pretendia a superação do monopólio profissional pela redistribuição dos conhecimentos científicos e tecnológicos dos benefícios da atenção odontológica sendo, no entanto, admitido como o eixo mais difícil de ser alcançado tanto na teoria quanto na prática.

Frente a esses pressupostos, tanto a ênfase na prevenção quanto a desmonopolização do conhecimento colocavam a participação da população como condição básica para a efetivação da Odontologia Integral. Mais uma vez reforça-se a idéia de que a mudança da prática odontológica e do processo de formação do aluno não estaria esgotada na escola intra-muros.

Os projetos de extensão passaram a ser considerados a essência de todo o processo de formação do Departamento de Odontologia da PUC-MG. Mediante tal diretriz foi criado o Programa de Odontologia com a Comunidade (PROCOM), que tinha como objetivo colocar o aluno frente aos grandes dilemas da profissão odontológica em relação à comunidade de baixa renda, para que pudesse relacionar os problemas econômicos e sociais com a situação de saúde bucal.

Assim, descreveram-se as caracteristicas do projeto de extensão:

> " O processo docência- serviço deve ser visto aqui como um conjunto de recursos, métodos e sistemas em que haja uma interação de órgãos formadores de recursos humanos (equipe de saúde), órgãos prestadores de serviços e a comunidade, coordenados no sentido de mudar as condições básicas da prática e de obter níveis adequados de saúde." (MENDES e MARCOS, 1985, p.47).

Em documento apresentado pela equipe que desenvolveu a análise prospectiva do DO PUC-MG em 1990, o DO foi considerado um marco no ensino odontológico no Brasil, tido como centro de excelência pela Organização Mundial de Saúde, na área da simplificação e de integração docência-serviço, inaugurando a abertura de convênios de Escolas de Odontologia com o INAMPS e outras instituições(9).

Nesse mesmo documento, porém, existe o reconhecimento de que, no decorrer do processo de construção do ensino inovado de odontologia, as clínicas extra-muros tinham um caráter secundário em relação à atividade de ensino desenvolvida no espaço intra-muros. Apesar da retórica da integração, separava-se nitidamente o ensino intra e extra-muros.

---

(9) Convênio assinado entre o DO PUC-MG e o INAMPS, em 1979, permitiu o repasse de verbas para este departamento via serviços prestados pelas Clínicas São Geraldo e Cândida Cabral. Esse convênio engajou o Departamento dentro da política Nacional de Saúde.

Pode-se observar de forma muito interessante uma proposta de prática de ensino odontológico que traz a prática profissional como modelo a ser construído. Nos momentos de avaliação da prática que vinha sendo objetivada, reconstruções foram perseguidas. Isto refletiu sensivelmente no trabalho das clínicas extra-muros, principalmente na Clínica São Geraldo que significava o protótipo da Odontologia social. Hoje, o DO vivencia um processo de avaliação curricular com vista à montagem de uma outra estrutura de ensino odontológico. Existe a influência das experiências anteriores, porém, está muito distante do seu projeto inicial.

Faculdade de Educação / UFMG

1.2. HISTÓRIA DA CLÍNICA SÃO GERALDO

1.2.1. Fase Inicial 1978

O início de funcionamento da Clínica São Geraldo foi em Abril de 1978, quando a primeira turma de odontologia do Deparmento estava se formando.

A Clínica foi criada com o objetivo de prestar atendimento odontológico à população adulta, sendo o local de atividade prática da disciplina de Odontologia Social e Preventiva, cursada no último semestre da graduação em Odontologia.

Não se tem notícias de ter existido um contato prévio com a população a fim de definir a sua instalação naquele local. A montagem da Clínica não se deu a partir de uma organização da população local que colocasse a atenção odontológica enquanto necessidade.

> *"Padre Francisco ele empenhou muito pra que esta clínica viesse pra cá. Que lá era a igreja velha que mudou pra nova e ficou desativado aquele espaço. Ele cedeu pra escola pra montar a clínica. Parece que o Dr. Eugênio tinha projeto de montar as clínicas periféricas nos bairros e foi escolhido este bairro aqui por causa do Padre Francisco e por causa do espaço também."* (Depoimento da atendente da Clínica)

Além da facilidade do espaço físico para imediata implantação da clínica, outros fatores, como a composição social local e a inexistência de atenção médica e odontológica, colocaram o bairro São Geraldo como local que preenchia os requisitos para a montagem de uma clínica de extensão do Departamento de Odontologia da PUC-MG. Tais características estavam de acordo com a proposta de prestação de serviços odontológicos aos grupos sociais que se encontravam excluídos deste tipo de assistência.

Em 1978, quando a clínica foi inaugurada, os serviços de saúde do bairro se resumiam a um consultório médico precariíssimo, que funcionava atrás da Igreja, onde um médico da Secretaria Municipal de Saúde fazia atendimento

e um consultório de um dentista prático que funcionava em frente à clínica. Na porta deste consultório existia uma placa com os seguinte dizeres: "Extração sem dor", altamente motivadora dado o tipo de atenção odontológica demandada por aquela população.

Em termos de infra-estrutura urbana, o bairro contava com poucas ruas pavimentadas, não tinha rede de esgoto e em algumas áreas os esgotos se encontravam a céu aberto. Nessas condições, a clínica foi considerada o primeiro benefício a se instalar no bairro.

Atualmente, o bairro São Geraldo tem a maioria das ruas pavimentadas, com água encanada e rede de esgoto. Nota-se uma sensível melhora do ponto de vista da infra-estrutura local, e, com a abertura da Av. Dos Andradas foi facilitado o acesso ao centro da cidade.

A região do bairro hoje conta com o Centro de Saúde São Geraldo e o Centro de Saúde Mariano de Abreu, esse, inclusive, com atendimento odontológico. Duas escolas na região oferecem também atendimento odontológico para crianças matriculadas na faixa etária de 7 a 14 anos. Além desses serviços, existem dois consultórios odontológicos particulares funcionando na avenida central do bairro.

A proposta inicial para a Clínica São Geraldo foi de que ali se organizasse e se desenvolvesse a prestação de serviço odontológico nos moldes do sistema previdenciário. Porém, naquela época não existiu um projeto previamente elaborado, o que pôde ser percebido pelo depoimento de um dos professores que trabalhou na clínica.

> *"Na minha opinião o Departamento... quando montou este tipo de coisa, ele não tinha claro o que fazer. Ele tinha claro uma coisa que ele não concordava com esta odontologia que estava aí, odontologia tradicional com ênfase na especialização, com ênfase no biologicismo, acho que tinha uma visão do ponto de vista de humanizar mais o profissional."*

Havia, a princípio, a intenção de checar o aprendizado clássico da odontologia em ambiente de população carente, confrontando o conhecimento odontológico com a complexidade de vida das camadas populares no seu local de moradia.

Na primeira tentativa de organizar a atenção odontológica na Clínica, no sentido de recomposição das condutas promocionais curativas e preventivas, a família aparece como unidade fundamental da atenção, pois, através dela pensava-se poder sair do campo estritamente biológico da prática para aprender e interferir na complexidade do paciente. (MENDES, 1985). Esta proposta foi influenciada por alguns projetos de atenção à saúde que estavam sendo

desenvolvidos na América Latina, principalmente na Venezuela, Cuba e México.

O atendimento se destinava a um membro de cada família selecionada, e, ao término do tratamento, abria-se vaga para o outro membro daquela família. Na maioria das vezes o atendimento ficou limitado à mulher e às crianças, pois o horário de funcionamento da clínica restringia o atendimento ao pai da família que tinha uma jornada diurna de trabalho.

> *"A família ia decidir quem é que ia tratar. Esta história foi extremamente furada mas... a gente tentou fazer isto durante um tempo. A gente tentava democratizar o acesso ... era nossa preocupação."* (Depoimento de um dos professores que atuava na clínica)

Durante entrevistas realizadas com professores e funcionários da Clínica São Geraldo, algumas questões foram levantadas para justificar o rápido fracasso da atenção odontológica às famílias daquele bairro.

Uma das questões estava relacionada ao atendimento clínico. Naquela época, não havia nenhuma restrição quanto aos procedimentos odontológicos oferecidos. Faziam-se desde pequenas intervenções, como profilaxias dentárias, até o mais complexo tratamento. Por isto, os tratamentos eram extremamente longos, limitando a expansão da atenção.

> *"A clínica fazia tudo, era uma repetição de qualquer clínica da escola. Não tinha nada de previdenciário tinha só que o pessoal se deslocava lá pra aquele fim de mundo."*

Os programas de saúde da América-Latina, que tinham a família como alvo do atendimento, não se encontravam organizados a partir da atenção odontológica e não eram limitados a este tipo de atuação como foi o caso da Clínica São Geraldo. A falta de integração com outras áreas de atenção à saúde foi colocada como um dos motivos do fracasso, pois parecia que a atenção odontológica não se colocava como prioridade para aquela população.

> *"... somente a odontologia atuou e os problemas ali não eram só odontológicos, eram problemas mais sérios. Os problemas de saúde geral eram muito mais presentes naquelas famílias do que a questão da odontologia."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Apesar do pouco sucesso apresentado por esta tentativa, parece que o eixo norteador das propostas das clínicas extra-muros não foi revisto. A construção do modelo de atenção odontológica para a Clínica São Geraldo foi colocada como desafio. A equipe de professores buscava um aprofundamento do entendimento da causalidade social das doenças, como forma de modificar a prática de intervenção e o quadro de saúde bucal ali encontrado.

1.2.2. Odontologia Simplificada 1979-1985

Neste item, serão destacadas no trabalho da clínica São Geraldo, as características do critério de seleção da clientela, da estrutura de atendimento e da participação comunitária que fundamentaram o modelo de Odontologia Simplificada implantado a partir do ano de 1979.

As modificações sofridas na proposta inicial até o ano de 1985 tiveram como característica o planejamento da atenção determinada pelo nível de pauperização da população do bairro. Utilizando-se de enquetes que avaliavam as condições de moradia, trabalho, salário, grau de instrução e acesso aos serviços de saúde, eram classificadas e priorizadas para o atendimento odontológico aquelas pessoas consideradas mais "carentes".

Na maioria dos registros contidos nos documentos da Clínica São Geraldo, pode-se perceber que estes "carentes" apresentavam como característica o traço da negatividade que é colocado pela privação dos bens de consumo social e historicamente produzidos. As carências foram tidas como privações decorrentes das contradições urbanas e comprometedoras da reprodução da força de trabalho.

Essa forma de seleção prevaleceu tanto durante o tempo em que o atendimento era feito pela demanda espontânea das pessoas que iam até a clínica, como também durante a proposta de atendimento por ruas ou áreas do bairro, nas quais eram sempre selecionados os mais carentes. O critério de carência prevaleceu para selecionar os indivíduos, as ruas ou áreas do bairro.

Além disso, a privação da atenção odontológica era a justificativa para pensá-la enquanto carência para aqueles sujeitos, alvo da atenção odontológica da clínica.

A tentativa de aliar as condições materiais de vida das pessoas às condições de saúde bucal foi considerada, pelos professores que atuavam na Clínica, como algo inovador em termos de planejamento da atenção odontológica, realizada na época.

Parece que a Odontologia Simplificada herda da Medicina Social, vivenciada na Inglaterra no século XIX, a assistência à pobreza, entendida muito mais como tutela da sociedade aos indivíduos desprovidos de meios de subsistência do que como o sentido da afirmação dos direitos sociais.

> *"O pessoal em reunião, em discussão achava que devia atender o pessoal por rua. Aí a gente ia com os alunos, visitava as ruas, fazia um levantamento dentro da casa da própria pessoa, né? Depois a gente ia chamando estas pessoas pra tratamento. Aí não deu certo... porque a gente marcava pro pessoal e eles não compareciam. As vezes eles iam, arrancavam o dente que estava doendo e pronto!"* (Depoimento da atendente da Clínica)

O elevado número de faltas às consultas odontológicas e de desistência do tratamento dentário durante este tempo poderia significar que algo não andava como o planejado. O que estaria acontecendo? Eram as pessoas selecionadas como as mais "carentes" aquelas que demonstravam um desejo de ter seus dentes tratados?

O trabalho de atendimento da favelinha da Rua Sucurui com Silva Alvarenga, realizado em 1982, demonstrou, através de um questionário previamente aplicado, que 92% dos moradores entrevistados estavam interessados em participar do programa de atendimento da Clínica São Geraldo. Apesar disto, a baixa frequência às reuniões e as inúmeras faltas ao tratamento impossibilitaram a conclusão dos atendimentos, do programa de manutenção e bochecho com solução fluoretada realizados na própria favela.[10]

---

(10) Dados colhidos no relatório de pesquisa realizado pelas alunas do curso de serviço Social da PUC-MG em 1982.

Segundo críticas feitas pelos alunos e professores, os pacientes pareciam estar satisfeitos apenas com a remoção da dor de dente, não se interessando por outros procedimentos tanto curativos quanto preventivos. Porém, não se percebeu que tais críticas se fundamentaram nas causas que os usuários da clínica atribuíam a sua própria ação.

Uma das atendentes da Clínica São Geraldo, quando questionada sobre as possíveis causas do problema que vinha sendo enfrentado pelo programa de atendimento na Clínica, apresentou a seguinte justificativa:

> *"...muitos não tinham nem o que comer, nem uma escova direito, nem uma torneira nem água direito, pra escovar dente ou pra pensar nos dentes. Eles tinham coisa mais importante pra pensar que era a alimentação, né? A água, o esgoto... tinha casa lá que o esgoto passava na porta da cozinha."*(Depoimento da atendente da Clínica)

Diante deste quadro de ausência dos pacientes e da baixa freqüência, eram propostas novas formas de triagem, mas sempre priorizando os mais "carentes". Dentro da perspectiva da Odontologia Simplificada parece que existiu uma redução do espaço social à área geográfica de atuação da Clínica São Geraldo e a população, ali encontrada, classificada como "carente", significava, de forma linear, objeto da atenção odontológica.

Faculdade de Educação / UFMG

Para estes mais "carentes", foi-se consolidando, a partir de 1979, a Odontologia Simplificada. O Departamento de Odontologia recebeu influências de consultores latino-americanos que haviam implantado trabalhos pioneiros de simplificação nos seus países de origem como México, Colombia etc. Além destes consultores, a proposta de Odontologia Simplificada da Clínica São Geraldo também recebeu forte influência da Fundação Educacional do Distrito Federal que implantara um modelo de Odontologia Simplificada e do programa de Medicina Comunitária implantado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Ao mesmo tempo em que a Odontologia Simplificada se dirigia às populações excluídas da atenção odontológica, na prática, ela não se reduziu a essa dimensão. A totalidade de seu campo de ação foi alterada pela convergência dos processos que introduziram a progressiva racionalização dos meios de trabalho e a superação do padrão artesanal de organização da prática, por cuja via penetraram também as questões, continuamente retomadas, acerca dos custos da assistência, dos níveis de especialização do trabalho, da eficácia do ato odontológico, do equilíbrio entre disponibilidade de recursos e demanda de consumo.

A prática de Odontologia Simplificada implantada na Clínica São Geraldo fugiu da forma artesanal do trabalho odontológico. O atendimento era executado em formas mais

"modernas" de produção. Utilizando-se de elementos como a racionalização das ações, padronização de instrumental e material, simplificação do equipamento, divisão técnica do trabalho com incorporação de pessoal auxiliar, pretendeu-se, com uma maior produção de atos odontológicos, baixar os custos e aumentar a possibilidade de expansão e consumo da assistência odontológica.

A restrição dos procedimentos odontológicos foi a primeira medida adotada. A atenção primária entendida no projeto da Clínica São Geraldo dizia respeito à execução de procedimentos clínicos de menor complexidade. Passou-se a dar prioridade às ações preventivas como profilaxia dental, restaurações plásticas, exodontias. Além disso, as próteses parcial e total removíveis eram executadas em decorrência da alta demanda por reabilitação.

As atividades na Clínica São Geraldo eram desenvolvidas por quatro professores da disciplina de Odontologia Social e Preventiva, pelos alunos desta disciplina e por duas funcionárias moradoras do bairro São Geraldo. A composição do recurso humano auxiliar da Clínica estava coerente com a proposta do modelo de Odontologia Simplificada que previa o recrutamento de pessoal da própria comunidade, pois supunha-se que eles eram conhecedores dos problemas e carências da população, propiciando a formação de um elo de ligação entre a clínica e a comunidade local.

> *"A gente conhecia o bairro todo e a gente determinava aquelas áreas que a gente tinha certeza que era pessoas menos esclarecidas que não sabia nem o que era escovar um dente e a gente queria fazer um trabalho com eles pra eles se conscientizar..."*(Depoimento da atendente da Clínica)

As duas funcionárias, inicialmente, não tinham experiência do trabalho com odontologia; uma era costureira e a outra auxiliar de serviços gerais. Para começar a trabalhar, receberam um treinamento na própria clínica e em outras clínicas dentro do Departamento de Odontologia e fizeram o curso de atendente de consultório dentário oferecido pelo Departamento.

Seguindo os parâmetros da racionalidade da atenção odontológica, buscou-se a reestruturação do trabalho odontológico, em que o dentista atua de forma isolada para prestar o atendimento através da equipe de saúde bucal. Como não existia no mercado pessoal auxiliar qualificado para a formação desta equipe, em 1980, moças do bairro São Geraldo foram treinadas e formadas pelo Departamento de Odontologia.

Naquele momento, um maior número de pessoas da comunidade atuava na clínica, o que possibilitou o desenvolvimento da atenção odontológica com divisão de tarefas e delegação de função para o pessoal auxiliar: o chamado trabalho a 4 e 6 mãos. A entrada de mais pessoas da

comunidade no trabalho da clínica parece que fez surgir, naquela época, uma forma de seleção de pacientes distinta do que se propunha. As alunas do curso de atendente começaram a agendar os parentes e os conhecidos mais próximos. Como se observa no depoimento a seguir, essa forma de triagem foi sentida como causa do distanciamento da Clínica com a população local.

> *"... as meninas frequentavam o curso da Católica à noite e de dia trabalhavam lá. Elas começaram a ser fonte natural de triagem dos amigos, dos filhos de não sei quem e tal pra poder tratar lá na clínica. Então isto começou a afastar um pouco a clínica da comunidade."* (Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Essa forma de triagem, porém, poderia ser vista como participação direta daquelas pessoas do bairro São Geraldo no trabalho da Clínica, ao contrário do que se pensou, foi um momento de grande aproximação entre a Clínica e a comunidade local.

No segundo semestre de 1981, a Clínica já possuía equipamentos simplificados que foram idealizados e produzidos na própria PUC-MG. A produção de equipamentos simplificados pretendia a busca da tecnologia apropriada, ou seja, tecnologia que fosse mais eficaz, adaptada às condições sociais e culturais e que favorecesse a auto-suficiência e auto-confiança da população. (MENDES e MARCOS, 1985,p.25).

Partia-se do pressuposto de que a tecnologia existente era um fator de encarecimento do setor da atenção odontológica e, portanto, uma das causas da inacessibilidade a este tipo de atenção.

A tecnologia proposta devia ser acessível, de baixo custo, socialmente aceitável e colocada ao alcance universal. A simplificação tecnológica abriu espaço para a criação de práticas alternativas de fabricação dos equipamentos odontológicos. O DO PUC-MG, juntamente com a Fundação Mariana Resende Costa (FUMARC), passou a produzir os equipamentos para as clínicas extra-muros.

O nível de pauperização da população do bairro São Geraldo parece que não só justificou a seleção da clientela a ser atendida na Clínica como também justificou a implantação da estrutura de atendimento. O depoimento de um dos professores que atuavam na Clínica esclarece que,

> *" Se o povo é pobre, não tem acesso a nenhum tipo de serviço, é muita gente... Então você tem que dar atenção primária pra aumentar a cobertura com um custo compatível com a pobreza do povo."* (Depoimento dado em entrevista realizada em agosto de 1991)

A experiência vivenciada durante esse período indicou para os professores envolvidos com o trabalho da Clínica alguns pontos de insucesso do modelo de Odontologia Simplificada.

> *"A questão da universalização sempre passou pela questão da produtividade do ato técnico e nunca pela questão do declínio da complexidade de quantidade e qualidade de doença. Passou sempre mais pela produtividade da ação terapéutica do que qualquer outro."*
>
> *"A gente pensava que estava fazendo um atendimento pra eles, mas, ao mesmo tempo nós estávamos falando assim: vocês são cidadãos de segunda categoria e pra cidadão de segunda categoria, é isto mesmo! Atenção primária, mutilação, resignação com o que tinha, entendeu? Eu acho que sempre foi falado assim, mas a gente não percebia que a gente fazia isto. Pensando que estava fazendo exatamente o contrário promovendo a cidadania deles."* (Depoimentos dados em entrevistas realizadas em julho/agosto de 1991)

Dados da pesquisa realizada na Clínica São Geraldo, em 1985, por professores e alunos da disciplina de Odontologia Social, demonstraram que, até aquela data, a atenção primária significava 76% das ações odontológicas oferecidas pela clínica. A proporção de pacientes que compareceram à Clínica para emergência, como casos de dor aguda provenientes de sequela de lesões cariosas, foi o dobro do número de pacientes agendados para o tratamento. (SANTIAGO, 1990).

Ante a constatação da pequena cobertura e o alto número de desistências do tratamento odontológico, colocou-se como solução a participação comunitária e a cogestão do programa de atenção odontológica.

A participação comunitária[11], tida como um dos elementos de maior peso relativo na proposta de Odontologia Simplificada, até 1980, ainda não tinha sido efetivada. O que foi naquela época considerado participação comunitária? Quais foram os envolvimentos existentes entre o trabalho de atendimento da Clínica São Geraldo e a população local?

Dentro dos objetivos da disciplina de Odontologia Social e Preventiva a participação comunitária deveria:

---

(11) Participação comunitária, segundo DEMO (1988), pode ser compreeendida de muitas maneiras, desde a marca democrática específica do controle popular organizado sobre a máquina estatal, passando por consultas dispersas e intermitentes, até a modos mais visíveis de participação representativa, que imaginam compartilhar com a população o ônus das políticas públicas. Porém, SOMARRIBA (1988), coloca termos distintos para formas distintas de participação. A autora faz a distinção entre os termos participação comunitária e participação popular. Participação comunitária estaria relacionada à situação de uma época onde a sociedade civil não se encontrava organizada através de movimentos reivindicatórios. Sendo assim, o Estado, então, buscava formas de articular estas organizações e sua participação para melhor eficiência dos serviços públicos, inclusive os serviços de saúde. A participação comunitária é tipica dos anos de maior autoritarismo militar. O termo participação popular aparece quando a sociedade civil já se encontra mais organizada para o enfrentamento com o Estado. Existe a presença das camadas populares na cena política através de organização dos interesses dessas camadas. Os organismos públicos passam então a buscar contatos sistemáticos com as organizações populares já existentes. A experiência do trabalho da Clínica São Geraldo pode ser analisada dentro da visão do que foi considerado pela autora como participação comunitária, pelo menos na sua fase inicial.

> "...colocar o aluno em contato com a realidade de saúde bucal da comunidade do bairro São Geraldo; dar condições a ele, para, a partir de iniciativa própria e em contato com as organizações representantes da população, buscar equacionar os problemas expressos pelas realidades da mesma; tornar efetiva a relação entre docência/serviço numa perspectiva que aponta para a promoção da participação comunitária na definição e execução de ações de saúde bucal."(Documento: Ementa da disciplina de Odontologia Social e Preventiva)

Apesar das intenções expressas nos documentos examinados, parece que o aluno não chegou a se envolver neste tipo de trabalho. A organização de uma clínica em um bairro periférico por si só não seria suficiente para que se fizesse a integração do aluno com a realidade das camadas populares.

> *"Elas (as clínicas extra-muros) avançavam assim, elas levavam os alunos para perto da comunidade. Então o aluno, hipoteticamente veria a realidade do bairro. Mas acabava não vendo. Na hora que ele parava o carrinho dele na porta e fechava a porta lá dentro, era como se ela fosse uma clínica lá da escola."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

A proposta de participação comunitária que foi implementada na Clínica teve suas origens no que se poderia chamar de modelo de participação comunitária que começa a se desenvolver no setor saúde pública nos meados da década de 70.

> "O envolvimento da clientela dos serviços de saúde em graus que ultrapassassem a utilização passiva dos mesmos passou a ser visto como algo desejável tendo em vista a ampliação do uso , a melhoria da qualidade de tais serviços e, principalmente, níveis mais altos de satisfação com as agências prestadoras do mesmo." (SOMARRIBA, 1988, p.9)[12].

Segundo JACOBI (1989), os meados da década de 70 estavam marcados pela crise de legitimidade do regime e uma crescente deterioração das condições de vida nos grandes conglomerados urbanos. A conjuntura da época permitiu um espaço maior de organização da sociedade civil na defesa dos direitos humanos, surgindo daí atores políticos que concentravam suas demandas em torno da questão social como os movimentos sociais urbanos.

Detectada a inexistência de formas organizativas locais, como associação de moradores ou outras voltadas para as questões de saúde, os professores e atendentes, envolvidas no trabalho da clínica, começaram a organizar algumas reuniões com pessoas do bairro com o intuito de criar uma associação que pudesse ser o canal de participação.

---

(12) Segundo SOMARRIBA, no período de 1979 a 1985, foi desencadeada pela Secretaria Municipal de Saúde a formação de conselhos de saúde ligados aos Centros de Saúde nas áreas periféricas da cidade, como forma de participação da população.

> *"Não existiam associações aqui no bairro, né? Existiu, há muitos anos atrás, antes desta época, mas já tinha uns dez anos que num tinha movimento nenhum no bairro... então vão procurar saber desta associação ativa. Aí nós começamos a levantar dados, quem era o presidente antigo e tal. Era o diretor dono do colégio que tinha mexido com esta associação quando foi abrir o colégio... mas em termos de conseguir aluno pra escola dele."* (Depoimento da atendente da Clínica São Geraldo)

O baixo nível de organização dos setores sociais subalternos, segundo SOMARRIBA (1988), aparece como saldo político dos primeiros dez anos mais duros do regime militar. Como consequência desta situação, a participação comunitária foi muito mais assumida pelos profissionais atuantes nos órgãos públicos que se propunham a levá-la à população, como pode ser observado também na experiência de trabalho da Clínica São Geraldo.

> *" Todo mundo sabia que tinha que participar. Realmente eu achava que a participação deveria existir que... mas é uma visão muito romântica de participação... que a população tinha que gerenciar... um romantismo mesmo, tipo assim a população não tem condição de participar, mas ela tem que participar!"* (Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

Parece que as características básicas atribuídas aos membros das classes populares, ali encontrados, foram a passividade, o conformismo, um comportamento atomizado, expresso pela incapacidade de universalização de seus

objetivos e autonomia de suas ações. Nesta direção podia-se considerar necessária a intervenção exterior para a sua organização, pois eram vistos como objetos modelados por forças exteriores às suas vontades, subjugados pela lógica do capital, pela dominação de um Estado onipotente, massificado pelos meios de comunicação.13

As primeiras reuniões, com vista a criação da associação, foram realizadas na casa da atendente da Clínica São Geraldo. Participaram destas reuniões dois professores que atuavam na clínica e pessoas do bairro que tinham uma ligação com a atendente e que, na sua opinião, tinham "jeito para a coisa". Foi criando corpo a organização da diretoria da futura associação de bairro eleita através do voto daquelas pessoas que compareceram às reuniões. A atendente da Clínica ocupou o cargo de tesoureira da associação e, através dela, se deu o elo de ligação associação de moradores/Clínica São Geraldo. Além disto, dois professores que participaram das reuniões também foram incorporados como membros da associação.

> *"...Por sermos membros da comunidade enquanto trabalhadores da comunidade fomos aceitos como membro participante das reuniões dos moradores de lá. Porque a gente trabalhava lá. Fomos anexados por este vínculo."*(Depoimento de um dos professores que atuava na Clínica)

---

(13) Esta visão sobre a população urbana periférica, segundo PAOLI (1988, p.42), estava inserida em uma das correntes de pensamento sociologico no Brasil, na década de 70 .

A participação dos professores na constituição do movimento reivindicatório local se deu com a intenção de articular a atenção odontológica com a estrutura social local e propiciar informações necessárias à eficiência das pressões reivindicatórias junto aos órgãos públicos. Os professores pretenderam, através de conhecimentos mais aprofundados das causas sociais da doença dos moradores daquela região, estabelecer a relação entre as condições de vida e saúde daquela população com seus determinantes sociais.

Para além dos efeitos da expansão do atendimento odontológico, o trabalho da Clínica São Geraldo pretendeu, com a participação comunitária, criar um elemento articulador entre a prática odontológica e outros componentes da estrutura social. Entretanto,

> *"... a associação começou a crescer, criar um certo vulto, tiveram algumas reuniões. Aí ela começou a mexer com outros problemas do bairro, e a gente super aliado deles."*[14]
>
> *"o interesse não passava pela odontologia. O interesse era calçar rua, fazer mutirão pra calçar rua, eram outras coisas. Então a odontologia aí era realmente... um estranho no ninho."* (Depoimentos de professores da Clínica, envolvidos no trabalho da Associação)

(14) As reuniões da associação ocorriam semanalmente e, no seu pique máximo de trabalho, contava com mais ou menos 30 pessoas.

Os esforços da associação de bairro nos primeiros anos de sua criação se concentraram na luta por melhoramento da infra-estrutura do bairro, como calçamento de rua, rede de água e esgoto. Nesta época, via associação de bairro, com o apoio da Secretaria de Agricultura, foi instalado no bairro o programa da horta comunitária.

A intenção da cogestão, segundo depoimentos colhidos nas entrevistas, estava diretamente relacionada a um ponto específico do trabalho da clínica: a triagem dos pacientes para o atendimento.

Apesar da intenção de concretizar uma cogestão, com relação ao modelo de atenção odontológica oferecido e com relação às outras questões administrativas de funcionamento da clínica, a participação era limitada, sem nenhuma influência nas decisões, que muitas vezes passava por uma solução técnica odontológica ou pelo interesse da Universidade ou dos professores.

> *"A questão da cogestão é uma coisa complicadissima porque nem sempre o interesse da Universidade é o interesse da população. Porque a formação ela necessita de uma série de situações e nem sempre pode acontecer o que a comunidade determina. É complicado."*

> *"A comunidade, a gente não consultava e não punha isto como uma questão a ser discutida na reunião da associação. A gente comunicava que agora tinha que fazer o atendimento assim, assado e pronto e o pessoal achava legal."*

> *"A gente tinha uma posição hiper autoritária com relação ao trabalho da clínica. A gente era condescendente com aquilo que a gente achava que devia ser a participação deles."* (Depoimentos de professores da Clínica, envolvidos no trabalho da Associação)

Na fase de 1979 a 1985, nem da triagem, como foi esperado, a associação chegou a participar. As reivindicações na área de saúde bucal feitas pela associação, na maioria das vezes, diziam respeito à dificuldade de acesso à clínica, à morosidade do tratamento. Diante da questão colocada sobre o tipo de tratamento odontológico mais reivindicado, a resposta dada por um dos professores entrevistados, é bastante ilustrativa da pouca flexibilidade existente para modificar o planejado.

> *"Olha, a gente só ouvia atenção primária".*

Foi feita uma reivindicação para o funcionamento da clínica no horário noturno para que possibilitasse a chance de atendimento das pessoas que tinham jornada diurna de trabalho. Ante tal reivindicação, o Departamento de Odontologia da PUC-MG colocou o espaço físico da clínica, os instrumentais e as atendentes à disposição para o

> *" Todas as gestões em relação à clínica não tinham dado certo. Eles (os moradores), muitas vezes, pegavam o apoio político numa opinião que a gente tivesse favorável a eles. Sobre um calçamento de rua, sobre um negócio da COPASA... A clínica voltou ao lugar dela e a gente viu que não tinha lugar pra gente lá na associação a não ser que a gente tivesse muito interesse pessoal de ficar lá."(Depoimento de um dos professores da Clínica, envolvido no trabalho da Associação)*

JACOBI (1989), esclarece que a atuação dos entes externos" nos movimentos reivindicatórios, por se stinguirem das bases das associações, tanto pela origem de asses quanto por suas qualificações intelectuais, tem um portante papel como formadores de opinião e legitimadores demandas. Seria, porém, necessário considerar nesta ação a existência de valores distintos de referência, a ão de carência e necessidade e a concepção de nsformação social dos atores envolvidos.

Parece que nesta experiência podem-se apontar ços da dificuldade de se estabelecer uma integração ndo as duas partes, clínica São Geraldo e associação de adores, a princípio têm diferentes propósitos. Da parte pessoas envolvidas no trabalho da clínica, a intenção levar a assistência à saúde numa forma crítica, ticipativa e transformadora das estruturas sociais. Da te do movimento reivindicatório local, a organização se

dava frente a demandas específicas que naquele momento colocavam as reivindicações por melhoramento da infra-estrutura local como prioridade.

A não transição do plano imediato das lutas por necessidades concretas para a perspectiva de um discurso unitário de transformação social, além da não efetivação da participação comunitária nos moldes previamente pensados, parece ter levado à decepção àqueles que propuseram tais avanços.

Os moradores da região do bairro São Geraldo parece que foram vistos como objeto de participação e não como sujeitos cidadãos capazes de se organizarem em torno de questões essenciais para sua vida cotidiana.

Realmente, existia um modelo importado de experiências de participação comunitária que funcionavam em locais muito distintos da realidade do bairro São Geraldo. Parece que o grupo de professores, inclusive com o apoio do diretor do DO PUC-MG, revelou a tentativa de concretizar tais experiências na Clínica São Geraldo. Entretanto, no desenvolvimento da proposta surgiram, a cada dia, desafios capazes de questionar o próprio modelo proposto.

Nem todas as clínicas extra-muros tiveram a mesma experiência de trabalho da Clínica São Geraldo. A tentativa de atuação junto à comunidade local é a diferença

fundamental colocada entre ela e as demais clínicas extra-muros.

Atribui-se esta diferença ao esforço pessoal dos professores que lá trabalhavam. A equipe de professores que participou nos primeiros anos de trabalho da Clínica, na sua maioria, eram recém-formados pela Faculdade de Odontologia da UFMG e um deles era formado na primeira turma do Departamento de Odontologia da PUC-MG. O traço comum da equipe é que todos assumiram, por questões ideológicas, o propósito de construção de uma nova prática odontológica e foram até as últimas consequências.

> *"O que aconteceu no São Geraldo foi mais um trabalho, um esforço pessoal da equipe dos professores. Todo mundo fazia dentro de sua capacidade e extrapolava inclusive o reconhecimento institucional. Por que ninguém tinha hora de disponibilidade nem ganhava mais para ir a reuniões das associações no final de semana. Institucionalmente nunca houve apoio direto da universidade para este tipo de trabalho. Assumimos o papel de contestadores e nos expúnhamos a tomar ferro de tudo quanto era lado."*

> *"Houve uma resistência muito grande dentro do Departamento feita pelo grupo dos professores tidos como cientificistas. A equipe de professores da Clínica São Geraldo sempre foi da contestação, sempre foi a vanguarda, aquela que tentava levar a inovação de fazer uma nova prática odontológica."*(Depoimentos de professores que atuavam na Clínica)

O desafio colocado pelo trabalho da Clínica era a construção de uma prática odontológica adequada à realidade de saúde bucal encontrada.

1.2.3. Odontologia Integral 1986-1990

Na proposta de Odontologia Integral que foi implantada havia a tentativa de superar os limites de qualidade de saúde bucal colocados pela Odontologia Simplificada. Ampliou-se o grau de complexidade da assistência oferecida. Assim, quase todos os tipos de tratamentos odontológicos necessários à recomposição e manutenção da saúde bucal foram incluídos como atividade assistencial da Clínica.

Na tentativa de contornar os problemas relacionados com o alto índice de faltas e desistências ao tratamento odontológico na clínica[15] e também com o intuito de fortalecer as associações de bairro daquela região, definiu-se que os pacientes atendidos na clínica seriam indicados e triados pelas associações dos bairros: São Geraldo, Casa Branca, Caetano Furquim e Mariano de Abreu.[16]

---

(15) Em 1986, a disciplina de Odontologia Social e Preventiva encaminhou um relatório para o DO PUC-MG com a informação de que quase 50% dos pacientes que iniciaram o tratamento desistiram do mesmo.

(16) O conjunto Mariano de Abreu foi construído em 1984 nas imediações do bairro São Geraldo, configurando um outro perfil para o bairro. Este conjunto foi habitado por pessoas desabrigadas pelas enchentes ocorridas na cidade.

As vagas para tratamento eram rateadas entre as associações e assim parece que o alto índice das faltas e desistências foi diminuindo como mostra o depoimento de uma das atendentes da clínica.

> *"... resolveu que quem ia mandar os pacientes para a clínica era a associação comunitária, né? Aí marcava a reunião com o pessoal que queria tratar de dente, o presidente fazia a divulgação da reunião, teve dia que lotou. Eram as pessoas que queriam, aí acabou as faltas... as desistências, não faltou mais paciente."*

Sendo assim a clientela da clínica mudou, como observa a atendente:

> *"Num é gente que vai lá hoje pra restaurar o dente e fazer extração, que queria e num volta mais não. Hoje continua, termina o tratamento, marca o outro semestre para ele voltar, ele volta, né?"*

Neste tipo de seleção da clientela existiu um componente de manifestação pessoal do interesse pelo tratamento odontológico. A determinação da necessidade de tratamento odontológico não foi feita a partir de critérios elaborados pelos profissionais da Clínica.

Nessa época, não havia mais a participação de professores na associação comunitária do bairro São Geraldo. A tentativa de integração da Clínica com a comunidade local

Faculdade de Educação / UFMG

se deu através da participação dos professores nas reuniões mensais do "grupão" e nas reuniões quinzenais do grupo de saúde.

O grupão foi o nome destinado ao encontro dos representantes das associações de bairro da região, das diretoras das escolas, representantes dos postos médicos, agência da FEBEM e da clínica São Geraldo. O objetivo do grupo era reunir forças para negociar as reivindicações que eram comuns a estas representações.

O grupo de saúde era composto por representantes de cada associação de bairro da região, um professor da Clínica São Geraldo, um professor do internato metropolitano da Faculdade de Medicina da UFMG, representantes da FEBEM do bairro São Geraldo e do Centro de Saúde Mariano de Abreu. Através deste grupo, em reuniões quinzenais, buscava-se discutir os problemas de saúde daquela população de forma mais coletiva. Através desses encontros tentou-se encaminhar algumas ações para resolver os problemas de saúde colocados pela população ou por seus representantes.

As discussões levantadas durante a maioria das reuniões do grupo de saúde giravam em torno do vínculo da triagem da Clínica Odontológica com as associações de bairro. Os representantes das associações diziam que o papel delas se encontrava equivocado, pois, nos últimos tempos,

sua função política reivindicatória estava sendo desviada para um papel de caráter puramente assistencialista baseado na distribuição de tickets de leite, cesta básica e fichas para o dentista. Isto foi confirmado no depoimento fornecido pela atendente da clínica São Geraldo que era membro da diretoria da associação.

> *"Depois veio aquele negócio, aquele programa de cesta básica, do leite do governo, acho que isto atrapalhou um pouco... o trabalho. Porque aí o pessoal estava mais preocupado em distribuir leite pro povo... fiscalizar quem precisava. A associação ficou mais voltada pra isto."*

Apesar de todas essas colocações por parte dos representantes das associações de bairro, a triagem para tratamento odontológico, na clínica, seguiu o mesmo esquema até 1990, quando foi modificada. O agendamento para tratamento na clínica voltou a ser feito através de livre demanda. Como consequência houve filas enormes de pessoas que passavam a noite inteira na porta da clínica aguardando uma vaga.

Esta decisão partiu da equipe de professores que naquele momento estava preocupada em organizar melhor o processo de docência e a qualidade do serviço prestado. Este fato causou um certo constrangimento na relação da clínica com alguns representantes das associações que se utilizavam

da distribuição das vagas para tratamento odontológico com fins de promoção pessoal e fins eleitoreiros.

A partir do segundo semestre de 1989, inicia-se a estruturação sistematizada da atenção odontológica tendo como eixo o controle das doenças bucais. Utilizando-se de medidas de controle da progressão de doenças como cárie e doença periodontal, pretendeu-se evitar, na medida do possível, a intervenção cirúrgica restauradora para tais doenças. O componente de maior peso do tratamento passa a ser o auto-conhecimento da doença, o auto-cuidado do paciente e sua participação no tratamento. Esse trabalho é feito a nível individual aluno/paciente e a nível de grupos de pacientes. A partir do primeiro semestre de 1990, o objetivo da atenção odontológica é inserir o paciente em um programa de manutenção fundamentado no retorno à Clínica em intervalos regulares para intensificar a motivação e as instruções sobre higiene bucal e controlar a qualidade dos tratamentos odontológicos realizados.

No segundo semestre de 1990 o número de pacientes que se encontrava em atendimento na Clínica São Geraldo era de 305 distribuídos nas três fases do tratamento.

Estas fases do tratamento funcionam de forma interligadas e se compõem de:

-Medidas relacionadas a causas das doenças bucais. O objetivo desta fase é estabilizar e controlar as infecções relacionadas com a placa bacteriana, como cárie e doença periodontal.

-Medidas corretivas são utilizadas quando o grau de sucesso da terapia inicial é favorável. São procedimentos desta fase: cirurgia periodontal, terapia endodôntica, prótese unitária, prótese parcial, prótese adesiva, ponte fixa.

-Medidas de manutenção têm como objetivo prevenir a recorrência das doenças bucais. Para cada paciente o sistema de controle é planejado incluindo execução de programas de controle de placa bacteriana pelo próprio paciente, raspagem e polimento coronário, aplicação de soluções fluoretadas e controle dos trabalhos realizados durante a fase corretiva.

Além disso, o número dos atendimentos de emergência na Clínica São Geraldo é muito alto. Tem-se, em média, três atendimentos de emergência por turno. As intervenções nessa fase estão relacionadas a controle da dor.

Atualmente o espaço físico da Clínica conta com uma área central onde se encontram dez equipamentos odontológicos, quatro deles dispostos em torno de uma roseta

e seis colocados em torno de uma bancada horizontal. Algumas partes desse equipamento como cadeiras, refletores, caixa de comando foram produzidas pela própria PUC-MG. Além do espaço clínico, existe uma sala de raio X, uma sala de reuniões, uma área que se destina a atividades de orientações sobre higiene bucal chamada de escovário e um pequeno espaço reservado para o café.

O horário de funcionamento da Clínica se encontra distribuído em oito turnos semanais. No período da manhã, o horário é de 7:30 às 11:30 e, à tarde, de 13:30 às 17:30. Em cada turno tem-se em média dez alunos que atendem a mais ou menos vinte e cinco pacientes. O funcionamento da Clínica acompanha o calendário escolar da Universidade. Sendo assim, nos períodos de férias, nos meses de dezembro, janeiro e julho, se encontra fechada.

Desde sua fundação até 1990, o trabalho da Clínica passou por várias reformulações no seu projeto inicial. Pode-se dizer que a forma atual de organização do atendimento é um reflexo desses treze anos de trabalho. Atualmente, mesmo com precárias condições de funcionamento, vem se tentando oferecer uma assistência odontológica de qualidade, isto é, que consiga melhorar em todos os níveis as condições de saúde bucal de seus usuários.

Na história da experiência da Clínica uma questão merece destaque, a de que somente a privação à assistência odontológica parece não ter sido suficiente para determinar a saúde bucal enquanto necessidade para aquela população. As faltas e desistências ao tratamento diminuiram quando a forma de seleção da clientela permitiu a manifestação do interesse pessoal. Para os usuários da Clínica, como surgiu o interesse pela sua saúde bucal?

CAPÍTULO 2

CONSTRUINDO O VALOR SAÚDE BUCAL

2.1. O OLHAR SOBRE O SUJEITO

> "Falar em dores e esperanças pode até parecer deslocado, mas são homens em carne e osso que estão a caminhar." (MADEIRA, 1990).

No campo da saúde, e particularmente na odontologia, as práticas culturais das classes populares aparecem como justificativa para a ocorrência de possíveis doenças bucais assim como de sua própria mutilação e para o pouco sucesso da intervenção odontológica. O analfabetismo e a ignorância não permitiriam que as camadas populares alcançassem outros níveis de saúde bucal. Assim sendo, a educação é vista como instrumento de adaptação à ordem social, formando boas consciências, bons cidadãos para aperfeiçoar a sociedade o que seria um primeiro passo para, inclusive, galgar outros estágios de saúde.

> *"Porque eu acho, que nós brasileiros é os que mais existe dente estragado de todos os países. A gente vê e creio que é mesmo. Porque nós, brasileiros, somos muito desligados muito desdechados, não preocupa muito em zelar da saúde."* (José, usuário da Clínica São Geraldo)[17]

Tal imagem do povo brasileiro, construída em torno da negatividade, fazendo-se representar pelo menor, segundo CARVALHO (1989), tem fundamentos teóricos que datam desde a primeira República, quando alguns autores já a mencionavam com o traço característico da falta.

Parece que este tipo de análise tem persistido e, ainda na década de 60, os trabalhadores urbanos brasileiros, dentro de correntes do pensamento sociológico, mantinham a mesma característica. O povo brasileiro foi representado como

> "um sujeito cujo traço distinto é a sua negatividade, isto é, a falta de uma identidade social e política coletiva, a falta de uma coerência e racionalidade a partir de sua posição objetiva no processo de produção, a falta de uma consciência adequada de classe, a falta de uma autonomia mínima de movimentação coletiva solidária." (SADER e PAOLI, 1988, p.49).

A imagem construída da população brasileira, segundo estes autores, aponta uma heterogeneidade de característica que impediria a organização e a formulação de uma consciência de cidadãos com direitos. No conjunto não

---

(17) Os nomes referenciados na identificação dos depoimentos são fictícios, pois pretendeu-se manter o anonimato dos entrevistados.

haveria "povo" capaz de construir uma tradição revolucionária na base da diferença e das experiências múltiplas dos trabalhadores. Este tipo de reflexão sobre as camadas populares não tem levado em consideração suas experiências concretas de vida, seus saberes e suas tradições, muitas vezes, provenientes de seu meio rural originário.

> "É por aí que as práticas culturais vivas e significativas da população aparecem como obstáculos sociais e políticos, pois não apenas apresentam dispersão e particularismo de força como, pior ainda, são dinâmicas culturais que não geram política no sentido postulado." (SADER e PAOLI, 1988, p.42).

Os trabalhadores brasileiros são considerados, dentro desta corrente de pensamento, como atrasados, vazios, despreparados, teimosos em sua tradicionalidade, um desvio. Parece existir um modelo de povo saudável, educado, dentado, o eleitor bem informado, o militante organizado no qual os brasileiros não se encaixariam. Perdura até hoje a imagem daquele que ainda não conseguiu ser um povo real com expressão representativa da sociedade.

Avançando em outra direção, em uma análise sociológica centrada na ação dentro do universo do cotidiano, o ser humano é visto como síntese da experiência social e histórica, por isto, produto e artífice. A sociedade é composta por homens que se relacionam entre si

e constroem a história. Assim, desaparece o homem com papéis pré-fixados para cumprir, como um modelo de cidadão e de corpo saudável, higienicamente urbanizado e disciplinado. Em seu lugar pode-se pensar nesse homem como sujeito participando da criação de sua própria história através de suas ações. Amplia-se, então, o espaço político para além do instituído, ou seja, a participação cívica ou trabalhista.

Aqueles que foram "excluídos" da história aparecem, em tal perspectiva, no campo sócio-político, participando com interesses e vontades. Constituem classe, à medida que fazem a história a partir de experiências do confronto de interesses vividos no campo das bases materiais e culturais (THOMPSON, 1979). Sua identidade estará se constituindo na ação coletiva em que participam da decisão e do agir e, nesse processo, vão se redefinindo. É importante observar que esta prática se baseia na criação de direitos a partir da consciência de interesses e vontades próprias.

> "o social não é mais estrutura mas o cotidiano... As classes populares são sujeitos que elaboram e produzem representações próprias de si mesmos: como trabalhadores ou favelados ou mulheres ou operários ou tudo isto, dependendo do movimento de vida coletiva na qual constroem sua experiência. A matéria prima irredutível da experiência aparece aqui como organizando a identidade e as regras simbólicas que comandam a coletivização."(SADER e PAOLI, 1988, p.62).

Essa linha de análise direciona os estudos tanto no campo da educação quanto no campo da saúde para fundamentar suas práticas no concreto do indivíduo social com todas as suas articulações. No campo da saúde, avança além da visão funcionalista do corpo que o reduz apenas às suas funções biológicas, bem como propicia desvendar outras dimensões não exploradas pelas análises macro-estruturais, como observa BOLTANSKI:

> "... os determinantes sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, através de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica, sem a mediação da ordem cultural que os reduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsa ou desejos, em gostos e aversões." (BOLTANSKI,1989,p.119).

Pode-se colocar em dúvida se existe algum fenômeno exclusivamente biológico no comportamento humano. Através das dores de seu corpo, o ser humano fala de seu cotidiano e das marcas do grupo social ao qual pertence.(MINAYO, 1989, p.74). As características do seu corpo, do fenômeno saúde/doença servem para pensar a vida social, entendendo que a sociedade é construída pelo próprio homem e que em tal processo tem seu corpo modelado. Ao falar do seu corpo, da saúde/doença está falando de si, da relação com o outro e do mundo que ele próprio constrói.

Faculdade de Educação / UFMG.

> "... as representações simbólicas, a organização social e a lógica dos interesses econômicos determinam para além do biológico os limites, o modo de aparecer do fenômeno mórbido e os meios escolhidos para sua cura."(BORGES,1989, p.171).

As representações do fenômeno saúde/doença das classes populares ultrapassam a definição biológica e é colocada como uma expressão de sua vida cotidiana caracterizada por privações, pelas dificuldades nas relações familiares, pelas condições de vida que compõem a sua história social e pessoal.

2.2. O USUÁRIO DA CLÍNICA SÃO GERALDO

> *"Lá em casa quando nós ficávamos doente a mãe dava chá de mate pra nós e melhorava. Dava aquelas folhas lá, bom pra isto, bom pra aquilo e melhorava. Ir ao médico era um custo. Meu pai falava:*
> *– Não leva no médico não, vai ter receita, vai ter receita e eu não vou ter dinheiro não.*
> *A gente viveu assim e foi vivendo, né? Difíceis as coisas, né?"* (Inês, usuária da Clínica)

As pessoas que frequentam a clínica São Geraldo na condição de "pacientes" dos alunos de odontologia do DO PUC-MG têm suas identidades construídas por suas próprias

condições de vida: trabalho, moradia e migração. Vivem uma realidade social distinta da realidade dos alunos e professores. Sua história de luta e privações vai lhes deixando contornos profundos, constituindo-se, assim, este ser social habitante naquela periferia do centro urbano de Belo Horizonte.

As vinte pessoas que foram entrevistadas estão na faixa etária entre os 19 e 55 anos, com predominância acentuada para os limites entre os 30 e 35 anos.

Em sua maioria são migrantes provenientes do interior do Estado de Minas Gerais assim como do Estado da Bahia e Espírito Santo. Como afirma DURHAM (1973), o conflito vivenciado no seu local de origem fundamenta a migração.

> "Solicitados de um lado por novas necessidades, limitados de outro por uma tecnologia pobre, o homem do campo é objeto de tensões cada vez maiores, ante as quais a migração se apresenta como uma das poucas soluções possíveis." (DURHAM, 1973, p.111).

Estas pessoas vieram até Belo Horizonte, imbuídos de seus saberes, suas identidades culturais e provavelmente de suas esperanças e sonhos para tentar outras oportunidades de vida e trabalho oferecidos pela urbanização.

Apenas seis pessoas são de Belo Horizonte, ndas de famílias que sempre viveram na região leste onde ltua o bairro São Geraldo.

O grupo apresenta um traço comum do ponto de vista nserção no processo produtivo. Caracteriza-se pela rção não formal dentro do mercado de trabalho. No modo lizer dos informantes eles são aqueles que não têm eira assinada - "o trabalho por conta" -. Trabalham como teiros em atividades de prestação de serviço, na rução civil e na faxina. São trabalhadores sem ialização, com um vínculo empregatício precário e tos à alta rotatividade. A troca de empregos constante aracterística da "instabilidade dos peões"[18].

> *" Eu sempre trabalhei no comércio. Uma vez trabalhei de servente, mas foi um dia só. Peneirar areia ainda molhada, difícil demais! O primeiro serviço que eu tive foi na Janjão. Comecei como faxineiro, passei pra arremate de calça, de lá passei pra office-boy. De lá fui trabalhar em padaria, de faxineiro depois eles me passaram para trabalhar junto com os padeiros à noite, depois passou eu pra balconista e eu passei a sub-gerente. Meu irmão me levou pra Ponte Nova, lá nós trabalhamos com vendas de máquina Singer. Agora tô mexendo com comércio de novo, trabalho na mercearia."* (Pedro, usuário da Clínica)

Termo utilizado por SADER (1988, p.88) para terizar aqueles trabalhadores que vivem de um emprego a .

Os entrevistados vêem-se diante do conflito estabilidade, segurança que se refere aos benefícios de um mínimo de proteção social oferecida pelo sistema previdenciário, entendida hoje nos preceitos constitucionais como seguridade social, versus melhores salários.

> *"Eu tava super apertado, começando a vida de casado, trabalhando por conta onde me ajudava mais do que na firma. Firma você tem todo o seguro... causa que cai quebra uma perna ou cai e morre, a mulher tem aquele seguro para sempre, mas paga pouco. Lá fora em conta dá para ganhar mais."* (José, usuário da Clínica)

A carteira de trabalho é um passaporte por excelência para defesa contra o estigma da marginalidade, pois, quando assinada pelo empregador, é um instrumento jurídico necessário à qualificação do empregado à cobertura das legislações trabalhista e previdenciária. O fato de não possuirem carteira de trabalho assinada significa a exclusão do empregado e de sua família da proteção previdenciária, "implicando reais dificuldades no acesso aos seguros de saúde em virtude da seletividade da clientela imposta pela lógica que vem presidindo a gestão das políticas públicas, particularmente no setor." (COHN et al.,1991,p.45) Tradicionalmente, no Brasil, o direito aos serviços de saúde estão ligados a pagamento prévio compulsório relacionado a um contrato de trabalho.

Das vinte pessoas entrevistadas, quinze eram mulheres e, sem dúvida, elas são as grandes frequentadoras da Clínica São Geraldo.[19] Deste total, quatorze são mães e têm uma média de três filhos cada uma. O seu trabalho está relacionado aos serviços domésticos: cuidar de sua casa ou da casa de outras pessoas como empregadas domésticas, ou faxineiras ou ainda trabalhar em atividades que podem ser desenvolvidas dentro da própria casa. Assim, se enquadram dentro do padrão cultural de submissão da mulher ao lar. O trabalho doméstico, além de corresponder a este padrão cultural, torna-se mais viável, pois, requer habilidades que são consideradas atributos naturais das mulheres.

A característica de complementaridade do salário do companheiro coloca o trabalho das mulheres, muitas vezes, como uma atividade temporária, passageira e de menor valor.

> *" Eu costuro em casa já que meu marido não deixa trabalhar fora mesmo. Eu arrumei um serviço dentro de casa. Comprei uma máquina, pra quem não tinha nada? Costuro dentro de casa, minha casa é pequena tem três cômodos, vivo de aluguel, levo as frequesas para provar roupa no meu quarto, no banheiro, fazer o quê?"* (Inês, usuária da Clínica)

As justificativas para este quadro são encontradas na incapacidade para a disputa no mercado de trabalho pela falta de profissionalização e também na própria condição de mulher-mãe ligada aos cuidados com os filhos e marido.

---

(19) Do total de 305 pacientes em atendimento na Clínica, 203 são mulheres e 102 são homens.

> *"Eu não tinha condições de trabalhar, eu estava com meus meninos todos pequenos, não tinha condições de trabalhar com eles pequenos. Meu marido trabalhava, ganhava pouco, não tinha condições."* (Cleuza, usuária da Clínica)

Segundo MARX (1988, p. 191), o trabalho seria o esforço necessário para que o trabalhador obtivesse os meios de subsistência suficientes para mantê-lo no nivel de vida normal, com condições de força e saúde. No caso das pessoas entrevistadas na clínica, porém, parece que o trabalho as tem deixado no limite mínimo da sobrevivência.

> *Eu não entendo porque a gente trabalha tanto e continua pobre."*
>
> *"Nosso salário dá? Não dá. De jeito nenhum, dá? Só pra comer e olhe lá!*
>
> *"Se você pensar bem eu não tenho condições de compra nada. Não tô dando conta de comprar as coisas para dentro de casa. A gente com menino pra criar, como? Dá estudo pro filho, compra roupa, comprar remédio. Tá difícil!"* (Depoimentos de usuários da Clínica)

Com relação às atividades de trabalho desenvolvidas pelos entrevistados, observa-se que tal característica vem se mantendo. Em 1981, quando foi feita a primeira avaliação documentada sobre o trabalho da Clínica São Geraldo, detectou-se que a clientela atendida estava limitada a um contigente de mão-de-obra que não é absorvido pelas empresas organizadas e que, consequentemente, não

desfruta das condições de emprego e salário estabelecidos pelo setor capitalista.

Nessas condições, a maioria vive nas áreas mais precárias das imediações da Clínica São Geraldo e nos bairros que fazem limite com as mesmas, tais como: Boa Vista, Caetano Furquim e, principalmente, no Conjunto Mariano de Abreu. O bairro São Geraldo é tido por essas pessoas como o local de melhores condições em comparação com os bairros vizinhos.

Os que dizem ter casa própria, em sua maioria, moram no Conjunto Mariano de Abreu. Como pode ser observado através do depoimento de algumas das mulheres entrevistadas.

> *"Tem a casinha que saiu para nós. Meu marido aumentou e tudo virou um casão, muradinho, tem rede de esgoto, tem tudo. Quando eu fui morar no conjunto, aqui não tinha luz, não tinha água, não tinha rede de esgoto. Agora já tem tudo."* (Joana, usuária da Clínica)

> *"Eu morava no Vera Cruz, morava na beira do rio lá em baixo. Fui idenizada lá, aí eles me arrumaram aqui em cima (Conjunto Mariano de Abreu), o dinheiro que eles me deram não dava mais do que para comprar um barraquinho aqui em cima."* (Rosa, usuária da Clínica)

Dividir o pedaço do terreno que a família ocupa parece ser uma forma de resolver o problema daqueles que não têm moradia própria e nem condições de pagar aluguel.

> *"Eu moro com minha mãe. Eu fiz dois cômodos no fundo e fui morar com ela, não podia pagar aluguel."* (Luzia, usuária da Clínica)

> *"Eu moro de aluguel, vai fazer quatro anos em Março. Em Setembro, tive reajuste, foi para 20 mil, três cômodos mixuruca! Mas eu quero, se Deus quiser, sair do aluguel. Podia morar com minha mãe, porque a casa dela é grande, mas lá moram duas irmãs minhas também casadas."* (José, usuário da Clínica)

Grande parte dos entrevistados tem o primeiro grau incompleto e uma das mulheres tem o curso de magistério. A experiência com a escola resultou breve e passageira, algo bem distante do seu viver cotidiano.

> *"Eu tenho muito entendimento, eu vejo as coisas eu gravo rápido. Eu não tenho estudo devido à prática e à falta de paciência de tá ali na parte teórica, aí já não é comigo. Eu tenho só até o terceiro ano primário, também era muita coisa, ajudava meus pais, tinha que ajudar meus outros irmãos, nós era dez."* (José, usuário da Clínica)

2.3. O CUIDADO COM A SAÚDE BUCAL

Em enquetes realizadas anteriormente na Clínica São Geraldo verificou-se que seus usuários, antes de chegarem à Clínica, já se utilizavam de algum meio para cuidar da saúde bucal. Dentre as medidas de cuidado observam-se medidas relacionadas ao auto-cuidado, como escovação e outros métodos utilizados para limpeza dos dentes.

> *"Pois é, na roça a gente tinha os recursos da gente. Pegava folha de juá, dobrava e esfregava nos dentes, juá e feijão andú espuma muito, a gente achava que tava limpando, num é apropriado, mas era o recurso."* (Rita, usuária da Clínica)

A grande maioria já havia passado pela experiência com profissionais da odontologia. A chegada à Clínica, portanto, não foi o primeiro contato com os conhecimentos e procedimentos odontológicos. A discussão que se coloca a seguir tenta resgatar a partir de qual momento e em quais circunstâncias a saúde bucal e os cuidados com a boca e com os dentes se tornaram uma necessidade, um objeto do desejo a ser conquistado.

Nesse momento é importante abrir parênteses para discutir o conceito de necessidade, pois sua definição influencia diretamente na interpretação da constituição da saúde bucal enquanto valor social e o resultado dessas respresentações na prática dos sujeitos usuários da Clínica São Geraldo.

Dentro da interpretação biológica, o conceito necessidade ou carência se aplica a tudo que é exigido para a saúde ou o bem estar do corpo físico, ou sejam, os elementos essenciais à manutenção do funcionamento do corpo humano tais como, oxigênio, alimentos e estímulos, sem as quais instala-se um distúrbio interno.

Na linha da análise macro-estrutural, as carências seriam determinadas pelas contradições urbanas provenientes do desenvolvimento do sistema capitalista que comprometeriam a reprodução da força de trabalho. Assim, a divisão social do trabalho e a modernização econômica seriam os responsáveis diretos para determinar, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, as necessidades dos indivíduos vistos aqui como força de trabalho. Seguindo esse raciocínio, quem sente a necessidade não teria o papel para determiná-la enquanto tal, a priori ela já estaria definida.

Em interpretação sugerida por NUNES (1988), necessidade ou a carência estaria ligada ao conceito de indivíduo. A determinação da carência tem um caráter individual e subjetivo, é necessário que exista um sujeito que a perceba enquanto tal.

> "A percepção da carência supõe, portanto, a "prática sensível" de um sujeito que a perceba, ou em outras palavras é a sua criação, invenção ou intuição." (NUNES, 1989, p.80).

Entre o sentimento de falta, carência e a ação para tentar resolvê-la entraria a atribuição de significados estabelecendo, desta forma, a distinção entre exigências físicas necessárias à vida e os princípios sócio-culturais da conduta humana.

A relação dos homens com suas necessidades "naturais" sofre a mediação de sua cultura, capaz de imprimir nelas suas próprias concepções. A experiência do corpo é sempre modificada pela experiência da cultura, ou seja, em conformidade com o conjunto das normas e dos valores socialmente produzidos e que constituem a cultura do grupo. Há que se levar em conta a coexistência do corpo biológico e do corpo social.(RODRIGUES, 1983).

A constituição da saúde bucal, enquanto necessidade, é uma produção social. Está relacionada com as condições sociais de vida das pessoas, as tradições históricas, o hábito social e as suas representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde/doença. Nesse sentido, a necessidade ou carência sentida da atenção odontológica não encontra justificativa somente nas privações às quais estão submetidos os indivíduos.

> *"Antes eu não tinha higiene nenhuma. Sei lá! acho que vai muito do costume, né? Não tinha não. O povo lá em Ferros era a mesma coisa, não era só nós não. Lá quase todo mundo faltava os dentes."*
> (Cleuza, usuária da Clínica)

NUNES, (1989), afirma que o indivíduo considera necessidade aquilo que ele valora como tal, sendo assim, o conjunto de carências está marcado por hábitos, normas e moral social.

A descrição da condição de saúde/doença bucal, feita pelos entrevistados e a constituição desta enquanto necessidade, se deu através de fatos sociais importantes em suas vidas. Os indivíduos "entendem" seu corpo no trânsito social e não na forma biológica de órgãos e sistemas. (RODRIGUES,1983)

Sendo assim, migração, trabalho e casamento aparecem como fatos sociais embricados nas suas representações da saúde/doença bucal. São circunstâncias que modificaram suas condições sociais, acrescentando novas experiências e que lhes propiciaram a oportunidade de cuidar da boca e dos dentes. O cuidado com a saúde bucal estaria aqui referido como as práticas de higiene dental assim como ao tratamento odontológico.

A identificação da saúde bucal enquanto necessidade parece relacionar-se com as raízes tradicionais destas pessoas que, a partir da migração, vêm sendo mexidas através de suas experiências urbanas de trabalho e de acesso aos meios de consumo coletivo que, de alguma forma, interferem em suas representações sobre o corpo.

Segundo NUNES (1989), só se tem necessidade de objetos de consumo possíveis de serem conquistados e reais para os indivíduos. Existe a necessidade de que o sujeito elabore seu sentimento originado de uma vivência para que se

estabeleça o fato enquanto carência. A determinação da carência depende de objetivações nas quais possam encarnar: nas instituições e na própria vida social.

> *"Lá na minha terra? Lá não chegou isto ainda não, sô! Lá o pessoal é mais atrasado, né? Tratar de dente para eles é difícil. Eles não conhecem o negócio não. Se deitar eles aí, eles vão achar que é mesa de operação. O pessoal é muito atrasado."*(Jorge, usuário da Clínica)

O fenômeno da migração, muitas vezes, foi analisado como um processo de socialização capaz de deteriorar e invalidar a vida e a cultura daqueles que vêm tentar a vida nos centros urbanos. Encontrariam uma cultura estranha que os rejeitaria e os colocaria como marginalizados, levando-os, então, a se adequarem a um novo sistema de normas e condutas adaptadas à disciplina urbana, como as diferentes relações com o tempo e espaço, com o vestuário, a higiene, o paladar, as "boas maneiras", etc. Essas "novas" normas teriam um caráter de menor valor em relação a suas raízes culturais. (CHAUI, 1987, p.37).

De outra forma, a migração pode ser vista como experiência positiva, pois permite ao indivíduo ter acesso ao progresso oferecido pelas cidades. Entretanto para SADER (1988), haveria o trauma do impacto da chegada a um mundo diverso, onde se defrontam com padrões de conduta com os quais não estariam acostumados. Os hábitos de higiene e os

cuidados com a saúde bucal seriam um deles. Mas tais desajustes iniciais seriam enfrentados pelos migrantes e como resultado desse enfrentamento achariam o seu lugar na cidade, sem serem, todavia, totalmente tragados por ela.

> *" Morava na roça e a primeira vez que fui ao dentista eu tinha 16 anos. Eu tava sofrendo muita dor de dente, sabe? E o dente tava todo estragado, não tinha recurso, o jeito foi arrancar mesmo. Eu preocupava com os dentes, mas, às vezes, não tinha recurso. Igual tô te falando, assim que eu pude mexer com os dentes eu mexi, quando eu tive oportunidade. Quando eu vim para cá trabalhar na casa de família, foi com incentivo desta patroa que eu trabalhava com ela."* (Rita, usuária da Clínica)

Para os entrevistados, a vida na cidade traz como positividade a busca de oportunidades para melhorar de vida. Nesta melhora estaria incluído o acesso aos materiais necessários à higiene corporal, entre eles, escova de dentes, pasta dental etc., assim como a posssibilidade de ter acesso aos cuidados dos profissionais da odontologia.

Parece que a migração traz a oportunidade de absorver valores que levam a um comportamento em relação ao corpo diferente dos cuidados que eles portavam nos seus locais de origem. Estes são valores humanos já conquistados pelos estratos superiores da sociedade mais preocupados com os cuidados de higienização do corpo. A limpeza dos dentes, por exemplo, que "é quase uma obscessão das mães burguesas

Faculdade de Educação / UFMG

mas está presente de maneira muito menos marcada nas classes populares." (RODRIGUES, 1983, p.113).

> *"Minha vida na roça, aquela dificuldade! E hoje a gente é pobre mas em vista da minha pobreza na roça é diferente. Nos dias de hoje as pessoas sabem se cuidar, têm higiene. Lá na roça nem isto a gente podia fazer, naquela luta brava, levantava de madrugada ia para roça, quando chegava à noite tomava um banho mal mal, quando chegava de madrugada levantava de novo, aquele trem danado. Então a gente não tinha tempo nem para se cuidar. Hoje minha filha pobrezinha, mas tem tudo! Tem sabonete, tem dentifrício a tempo e a hora, tem escova tem isto tem aquilo, tem roupa limpa e sapato."*(Rita, usuária da Clínica)

Segundo DURHAM (1973,p.139), "para uma população originária de uma sociedade de horizontes tão restritos, a migração representa, frequentemente, um enriquecimento da experiência e da personalidade." A aquisição de outros valores e condutas com relação ao cuidado com a saúde bucal pode ser sentida na comparação que os entrevistados fazem entre a vida na roça e na cidade. O normal da roça tem um sentido, e o normal da cidade tem outro. Aos aspectos negativos da vida no meio rural opõe-se a expectativa positiva das possibilidades que a vida urbana poderia propiciar. A inclusão em sistemas sócio-culturais mais amplos, segundo a autora, seria capaz de favorecer termos de comparação com a situação presente.

> *"Lá era uso! Tô falando sério mesmo. Lá quase todo mundo falta os dentes. Lá as pessoas não importava, era normal. Depois que eu vim pra Belo Horizonte, tratei de dente com um dentista lá no Esplanada, pus roach. Meu marido tava trabalhando de bombeiro então fez o serviço da casa dele e eu fui pra clínica descontou no tratamento. Isto aí eu já escovava, já tinha escova, pasta dental e tudo. Aí já era normal"*(Cleuza, usuária da Clínica)

CANGUILHEM (1990, p.212), discute que o conceito de normalidade é um conceito que não é estático, pois as normas humanas são determinadas a partir de possibilidades de agir de um organismo em situação social. " As formas e as funções do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas à vida pelo meio, mas a expressão dos modos de viver socialmente adotados no meio."

O ingresso no mundo do trabalho, além da migração, aparece como outro marco importante para iniciar os cuidados com o corpo e com a saúde bucal. Poder-se-ia afirmar que o trabalho, através do salário, cria condições para o consumo dos meios necessários para os cuidados com a saúde bucal, tanto na capacidade de aquisição de materiais de higiene quanto no consumo de serviços odontológicos e estaria aí sua contribuição para tornar a saúde bucal uma necessidade.

> *"Ih! Eu não tinha escova não. Só comprei quando passei a panhá café na lavoura, alguém me disse, aí eu comprei a primeira escova de dente. Eu tinha uns 10 para 11 anos. Aí eu comprei, eu lembro disto, com o meu dinheiro!* (Rita, usuária da Clínica)

> *"Quando eu casei, eu comecei a trabalhar e o Elias também trabalhava. Eu trabalhava numa panificadora ali na rua Rio de Janeiro. Aí a gente já tinha ficado, trabalhando, ganhando o meu dinheiro, aí consegui pagar aos poucos, mas consegui pagar dentista, aí eu arrumei os dentes."* (Maria, usuária da Clínica)

O consumo ou a determinação dos valores de uso se encontram permeados pelas condições sociais em que as pessoas vivem e o padrão de vida tradicional.

Muitas vezes, a saúde bucal e a boa conservação dos dentes foi colocada para os entrevistados como condição para obtenção de emprego ou de promoção.

> *" No emprego eles tão me exigindo. Vou fazer um treinamento em São Paulo, vou ter mais contato com gente, então, eles tão exigindo mais aparência, principalmente os dentes. Eu vou te falar: não fiz num foi porque não quis, porque as condições..."* (Cláudio, usuário da Clínica)

A entrada no mercado de trabalho parece ser o momento em que o trabalhador percebe que determinados traços físicos, como a falta de dentes, por exemplo, o desvalorizam ou o incapacitam enquanto mercadoria a ser vendida, restringindo, assim, suas oportunidades de trabalho. Em alguns casos relataram terem sido discriminados quando foram à procura de emprego devido às precárias condições de saúde bucal.

> *"A aparência está nos dentes. Você vai arrumar um emprego hoje em dia a pessoa te olha de cima em baixo... uma pessoa com a boca estragada não serve para trabalhar. Eu já fui cobrado diversas vezes. Então por uma coisa mínima, mas um mínimo que eu não posso."* (Cláudio, usuário da Clínica)

A experiência do trabalho tem sido significativa para os entrevistados não só porque condiciona o conjunto das condições de vida na medida em que determina, através do salário, as oportunidades de consumo, mas também por ser a forma de inserção deles na rede social. O trabalho, por isso, é o principal lugar de definição de suas identidades. Através do trabalho o ser humano constrói o mundo e se constrói, interagindo com a natureza e com os outros homens. (SADER, 1988, p.86).

> *"Lá em casa minha mãe não levava a gente no dentista, não tinha nada a ver não. Só comecei a pensar em ir quando eu tinha 17 anos, quando comecei a trabalhar. Aí a gente já começa, né? Aí a gente vê. A gente tá vivendo lá fora aí a gente vê que tem que fazer aquilo, né?"* (Inês, usuária da Clínica)

> *"Fio dental, nem? Via os outros passando aquilo. Inclusive, quando eu trabalhava na Janjão Modas, pensava: porque a pessoa ficava com este trem na boca? Aquele caco de linha? ... pra quem não conhece não sabe de nada não tem valor."* (Pedro, usuário da Clínica)

O trabalho traz, desta forma, razões profundas para a constituição da saúde bucal enquanto necessidade. As relações sociais vividas no trabalho colocam o indivíduo em

outro trânsito distinto da vida familiar, alarga suas experiências de convívio e as dimensões do público e do político. Nesse processo de socialização e de construção de sua identidade enquanto trabalhador uma nova dimensão do cuidado com o próprio corpo aparece e a saúde bucal torna-se então importante.

Pode-se dizer que essas pessoas estariam experimentando uma forma de progresso através da mobilidade social oferecida pelo trabalho e pela urbanização. Há que se ressaltar, porém, o caráter limitado de tais experiências. As experiências urbanas de mercado de trabalho no qual os entrevistados foram introduzidos terminam não produzindo um efeito que poderia vir a modificar, de modo mais imediato, a condição de saúde bucal.

Dadas as características diversas do trabalho urbano, os trabalhadores das camadas populares submetidos a mecanismos de exclusão e marginalização tendem a ocupar posições mais penosas e mal remuneradas no mercado de trabalho. Na maioria das vezes, vivenciam a deterioração das condições de moradia, a exclusão da moradia considerada digna e as benfeitorias urbanas que caracterizam o progresso metropolitano. A análise dessas experiências revelaram que elas se configuram em um incluir excluindo, oferecendo elementos para compreender um processo de mudança nas condições de saúde bucal que parece lento.

A experiência urbano-industrial no Brasil, segundo NOSELLA (1992), não conseguiu mexer na totalidade das experiências e nas dimensões da existência da população. Exige do trabalhador que seja moderno e o mantém em condições de vida pré-industriais profundamente exploradas. A falta de moradia adequada, de acesso aos bens de consumo coletivo, de uma remuneração que lhes possibilite cobrir as despesas com as necessidades básicas e também de um emprego estável explicita a existência de um cotidiano precário que tem caráter altamente deseducativo.

2.3.1. Especificidades das Mulheres

> *"Acho que dente, unha e cabelo da mulher é o convite da casa, a jarra da mesa!"*
> (Lúcia, usuária da Clínica)

Além de apresentarem o início dos cuidados com a saúde bucal relacionado com a migração e as oportunidades de trabalho, as mulheres entrevistadas falaram dessa preocupação muito marcada pela vaidade iniciada na adolescência. Parece que, mesmo não tendo condições concretas de realização dos cuidados com a saúde bucal, já tinham a preocupação com o fato.

> *"A gente preocupava mais, quando é mais nova, cuidar da aparência, como vestir, né? Uma roupa melhorzinha, vai ao baile, vai namorar. Foi quando eu vim pra cá que eu procurei o dentista aqui, né? Aí eu tava numa vaidade danada!"* (Ana, usuária da Clínica)

Para as mulheres entrevistadas, o casamento está relacionado à preocupação com a saúde bucal. A princípio, tal preocupação parece ser proveniente de uma convivência mais próxima e íntima com o conpanheiro. O caráter de estabilidade e a impressão de mobilidade social, porém, nem sempre verdadeira, advindos do casamento lhes proporcionaram a chance de cuidar da saúde bucal.

> *"Quando meus dentes começou a estragar eu tinha uns 14 anos e meu pai não deixava tratá... quando eu casei, eu comecei a trabalhá... aí consegui pagar aos poucos, mas consegui pagar dentista."* (Bernadete, usuária da Clínica)

> *"De solteira trabalhava com meu pai e estudava. Não pude tratar de dente. Aí meu marido pode me dar, me pagar o tratamento."* (Joana, usuária da Clínica)

A maioria das mulhres atribuiu ao marido a responsabilidade de lhes prover os cuidados com os dentes e, quando isso não ocorreu, ele se tornou a causa das precárias condições de saúde bucal.

"Os dentes que dava para eu trata eu tratei e os que num dava fui arrancando. Chegou um ponto que... da minha história toda arrumei um marido que nunca me ajudou em nada, não me incentivava, num me dava oportunidade de tratá, eu não trabalhava, não ganhava dinheiro nenhum. Ele que acabou de me ajudar a acabar com meus dentes. Porque quando o marido é bom, a gente não trabalha mas ele incentiva, paga, ou vai numa Clínica igual esta que não tem despesa." (Rita, usuária da Clínica)

"Eu casei. Homem não valoriza mulher. Homem só qué sabé, né? De vê-la dentro de casa trabalhando e à noite tudo bem. Então eu fiquei esperando ele me ajudar a pagar dentista e ele não pagava. Então isto tudo aconteceu comigo, decepções... desilusões..." (Ana, usuária da Clínica)

As mulheres, segundo SILVA (1988), sempre foram tidas como as primeiras a se ocuparem da saúde. A elas cabe a tarefa de cuidar das doenças que acometem os membros de sua família. Além disso, desempenham papel fundamental no cuidado com os afazeres domésticos e com a socialização das crianças, a elas é atribuído o papel de cuidar de outros. Como se pode observar nas entrevistas, muitas vezes, isso implica para as mulheres uma desvalorização crescente do cuidar de si mesma, colocando-se em segundo plano frente às demandas dos filhos e do marido considerados por elas como prioridades.

"É, também logo que casei, a gente sempre dá preferência para os filhos e pro marido e se anula vai ficando... isto aconteceu comigo. Acabou eu perdi os dentes." (Maria das Dores, usuária da Clínica)

2.4. MOTIVOS ATRIBUÍDOS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

2.4.1. Dor de dente, sinal de que algo não vai bem

Para os entrevistados, a definição de saúde/doença bucal surgiu diretamente de sensações de dor, incômodo e incapacidade. Como observa FREIDSON (1978), o primeiro passo no processo de decisão do indivíduo, se ele está doente ou não, é o sintoma da dor.

> "Quizá la experiência mas universal y rudimentaria relacionada con lo que si llama enfermedad es sentir la forma de molestia llamada dolor." (FREIDSON, 1978, p.280).

CANGUILHEM (1990, p.215), utilizando-se da definição de Leriche, "Saúde é a vida no silêncio dos órgãos", afirma que é no grito de sofrimento que a saúde surge como termo de uma regressão tanto impossível quanto desejada.

Deve-se observar, contudo, o caráter subjetivo e individual da dor que leva as pessoas a terem reações distintas. Tal reação está relacionada com as experiências culturais, étnicas e sociais que perpassam o cotidiano dos indivíduos.

A determinação e a percepção das sensações mórbidas, segundo BOLTANSKI (1989), são aguçadas de modo desigual nas diversas classes sociais. Sensações semelhantes são objeto de uma seleção ou de atribuições diferentes e são experimentadas com maior ou menor intensidade conforme a classe social dos que as sentem. A percepção da saúde/doença estaria também determinada pela oferta e a capacidade de consumo de serviços de saúde existentes.

A resistência à dor de dente, muitas vezes vista nas classes populares, está longe dos princípios de uma ética ascética de valorizaçao da dor por si mesma. O aparente desligamento de cuidar de uma forma preventiva e esperar até o último minuto para procurar uma solução pode encontrar suas justificativas nas coerções cotidianas e econômicas que quase impedem ou tornam extremamente difícil o acesso ao profissional da odontologia.

> *"Porque quando tava doendo eu ficava assim: tem que tratar, tem que tratar. Mas cadê o dinheiro?"* (Inês, usuária da Clínica)

> *"Quando dóia eu falava em arrancar. Mas quando passava a dor eu esquecia. Esquecia do dentista."* (Cleuza, usuária da Clínica)

Em uma sociedade estratificada, a desigualdade sócio-econômica traz um reflexo também no plano da enfermidade. Para essas pessoas o "sentirem-se doentes" e o

"poderem ficar doente," não são decorrências lineares e automáticas da instalação de um processo patológico. As pressões pela sobrevivência podem ser tão violentas que para elas, às vezes, fica difícil assumir a doença em todas as suas dimensões. Pode ocorrer, entretanto, uma negação da enfermidade fazendo com que "o corte que a define seja deslocado até os limites da incapacidade orgânica," de tal forma que impossibilite desempenhar o seu trabalho. (Souza, 1982)

A linguagem sobre a saúde/doença bucal aparece não apenas como uma linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais. Seja qual for a dinâmica efetiva do "ficar doente", no plano das representações, os entrevistados julgaram seu estado não pelas manifestações como cárie, tártaro, sangramento gengival etc. Esses são muitas vezes referidos como pequenos incômodos que perpassam o seu cotidiano sem contudo incapacitá-los. Por isso, na maioria das vezes, não são tidos como motivos suficientes para recorrer à ajuda do profissional da odontologia.

> *"Do jeito que eu era? Se eu chupasse uma laranja, mordia ela tava suja de sangue. Se eu comia uma maçã a mesma coisa. Escovava o dente sangrava do mesmo jeito. O travesseiro era pura salmora de sangue. Café quente doía tudo! Jogava água dóia tudo! Mas não prejudicava trabalhá, é só mesmo na hora de comer e dormir."* (Pedro, usuário da Clínica)

O conjunto dos efeitos manifestados, a dor de dentes, estaria mais próxima do julgamento da doença bucal, podendo daí retirar atitudes e comportamentos que propiciam alívio para seu incômodo, como medidas de auto-tratamento e a procura do profissional da odontologia, resultando deste encontro, muitas vezes, a extração dentária.

Antes de procurarem o profissional da odontologia, esperam que a sensação da dor tenha atingido uma intensidade tal que os impeça de fazerem uso normal do corpo. Essa resistência funciona como se desejassem que a dor passasse sozinha. Muitas vezes procuram formas de resolver o problema de dor de dente com os próprios recursos domésticos, com chás, aplicação de álcool no local ou vão até as farmácias, decorrendo daí a utilização de pomadas anestésicas tipo "passa já", analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos.

> *"Eu tava com muita dor de dente na boca, já não suportava mais! Olhava um, o outro piorava, então tava atrapalhando dentro de casa, no trabalho, muita coisa. Punha remédio e não dava nada. Ia na farmácia, comprava antibiótico, anti-inflamatório, aí eu fui misturando porque não tava aguentando."* (José, usuário da Clínica)

A população recorre ao auto-tratamento geralmente em duas circunstâncias: a primeira quando considera o seu problema corriqueiro e banal em seu cotidiano, julgando saber diagnosticar e prescrever para tal caso; a outra

circunstância é pela inexistência ou impossibilidade de acesso aos serviços de saúde, como é o caso da dor de dente. (COHN et al, 1991).

2.4.2. A falta de conhecimento e a falta de dinheiro

Os entrevistados atribuem a sua condição de saúde/doença bucal a dois fatores que foram assim expressos na fala de um deles:

> *"Não sabia, mas também não tinha condições."* (Bernadete, usuária da Clínica)

A ignorância reconhecida frente às normas de cuidados com o corpo e a falta de dinheiro assumem importância na causalidade da perda dental. Fatores biológicos como microrganismo, consumo de açucar não foram mencionados como responsáveis pelas doenças bucais.[20]

Estudos realizados por SANTOS et al., (1981, p.20), mostraram que pessoas das camadas populares, habitantes da áres periféricas de Belo Horizonte, fazem uma

---

(20) Em pesquisa realizada por BERND et al (1992,p.33), com mulheres gestantes, atendidas no Centro de Saúde da periferia de Porto Alegre, chegou-se à conclusão de que elas atribuíam a origem da cárie dentária ao consumo de determinados alimentos como açúcares. "Em nenhum momento houve correlação entre as doenças bucais e as condições de vida das pessoas."

Faculdade de Educação / UFMG.

correlação da saúde bucal com a história de seu cotidiano e não com a história de um órgão do seu corpo.

A história da perda do elemento dental foi dita a partir de suas próprias condições de vida.

> *"A gente escovava, mas não sabe escovar direito. Perdi muito dente por causa disto. Meu pai não tinha condições de tratar todo mundo. Eu acho assim, pelo menos, se eu soubesse antigamente cuidar dos dentes, talvez eu não tivesse perdido tanto. Mas eu não sabia, família muito grande, meu pai não podia dar assistência."* (Inês, usuária da Clínica)

A dor de dente tem levado à perda dentária e a sua causa é representada como resultado de uma infração higiênica, um "crime" contra a própria saúde. Existe uma culpabilidade pela própria condição de saúde/doença bucal justificada pelo não saber o que é "correto" e "bom". Cria-se o estigma da incompetência frente à própria ignorância. Eles se colocam como infratores de uma ordem urbana e civilizada em que existe uma outra moral da vida e do corpo.

> *"Eu tinha dor até no ouvido, porque o dente tá muito estragado mesmo. O higiene que a gente não tem, que a gente deixa chegar a este ponto. A gente tem hora que tem preguiça de escovar o dente, não tem tempo, sapeca pra lá, né?"* (Cleuza, usuária da Clínica)

> *"Falta de cuidado, né? Estragou, deu tártaro, cárie e pegou a doer eu arranquei tudo."*(Rita, usuária da Clínica)

Consideram-se ignorantes frente a hábitos e comportamento de higiene que muitas vezes estão distantes de seu meio de origem.

> *"A gente escovava, mas não sabe escovar direito. Perdi muito dente por causa disto."* (Maria, usuária da Clínica)

Normas e valores higiênicos são divulgados socialmente como métodos que, baseados no valor científico, são capazes de proteger a saúde do indivíduo. A limpeza dos dentes, prática higiênica traduzida como proteção aos mesmos e a nossa saúde, é uma característica das conquistas da higiene na proteção da saúde das classes dominantes. Tal característica está menos presente nas classes populares. Existe um grande contigente das camadas populares que ainda não se beneficiou do mínimo dos avanços científicos dos cuidados com a saúde bucal aos quais tem direito.[21]

Não se pode negar que o progresso científico da higiene se tornou em benefício para os indivíduos. Mas esta cientificidade, segundo RODRIGUES (1983), muitas vezes, é divulgada numa linguagem que, não sendo compreendida, faz com que as pessoas nela acreditem como em um mito cujos rituais devem se submeter e, na maioria das vezes, representa para eles ascensão social.

---

(21) Dados apresentados por Jaime Cury, no Simpósio Internacional do Flúor, realizado em Agosto de 1992, na cidade do Rio de Janeiro, mostram que o consumo de escova de dentes no Brasil está em torno de uma escova para cada brasileiro, no prazo de 18 meses.

A representação que fazem de seus corpos, de seu pecto exterior e sensações físicas se exprime verbalmente modo negativo e indireto através de desdém, significando sprezo ou uma frustação frente a um modelo de corpo udável bem tratado e robusto o qual desejam ter.

> *"Eu perdi meus dentes de bobeira, os de cima, na época não trabalhava. Porque se eu tivesse dinheiro, você acha que eu estava aqui? Eu tinha perdido meus dentes? Nunca. Tava aqui linda e loira só conversando com vocês."*[22]

As novas oportunidades de vida urbana e trabalho nes permitem acesso aos bens de consumo e aos padrões de ida diferentes de suas condições anteriores. As conquistas á obtidas pelas camadas dominantes, com relação aos uidados corporais, são também almejadas pelos setores opulares. Diante do corpo idealizado colocam os seus orpos como de menor valor, abandonados, relaxados, sem rato.

> *"Tudo na gente tem que ter trato, principalmente os dentes, parte de higiene geral. Mas isto com os dentes eu já não tinha higiene total. Aquilo ali só vai dando tártaro, cárie, né? E, não cuida estraga mesmo. Eu era um pouco preguiçoso, relaxado, sei lá."* (José, usuário da Clínica)

---

(22) Depoimento de uma entrevistada, de cor negra, que estava na fila tentendo uma vaga para tratamento na Clínica São Geraldo.

> *"Já perdi dente, eu nunca fui assim de ir ao dentista não. As vezes falta dinheiro mesmo. O tempo não é, porque tempo pra saúde, pra tratamento a gente tem que ter ele. Mas o desligamento mesmo das pessoas deixa o corpo abandonado."* (José, usuário da Clínica)

Na maioria das vezes o primeiro contato com os profissionais da odontologia foi motivado pela dor de dente, antes mesmo de conhecerem os cuidados preventivos ou medidas de controle das doenças bucais. Essa experiência, muitas vezes, resultou em ações radicais que propiciaram alívio imediato com a eliminação do fator causal, através da extração dentária, levando ao início da mutilação de suas arcadas.

A extração dentária tem sido "opção" para a solução de seus problemas de dor de dente diante da incapacidade de consumo de outros tipos de tratamento odontológico. Junta-se a isso a inexistência de um serviço público de saúde que ofereça outro tipo de plano de tratamento que não seja a exodontia para cobrir as necessidades demandadas de saúde bucal. A cada dia, parece haver uma confirmação para as classes populares de que dente, dentro de suas condições de vida, é realmente um elemento dispensável de seu corpo. A sua representação seria a seguinte: o dente doi porque não cuida, não cuida porque não sabe, e extrai porque não tem condições de custear um tratamento.

"Ah, dinheiro mesmo! Grana mesmo! Grana eu não tinha pra comer quanto mais tratar de dente." (Inês, usuária da Clínica)

"...num cuidava direito e também as condições financeiras não me davam assim uma ... certa segurança... porque se eu tivesse dinheiro eu não tinha perdido meus dentes, os que eu perdi." (Cleuza, usuária da Clínica)

O caráter de urgência que é colocado pela dor de dente e as dificuldades financeiras levam à extração dentária. E elas apresentam um alto índice de solução do problema imediato a preços compatíveis com as classes populares mesmo quando se conhecem outras soluções.

"Eu tinha bastante dente para recuperar, mas o dinheiro tava difícil. Eu tive que mandar arrancar que era o único que ficava mais barato pra mim, sabe? Eu não tinha condições de fazer tratamento de canal, ficava caro. Eu não tinha dinheiro para pagar." (Ana, usuária da Clínica)

"Eu arranquei meus dentes todos os de cima, né? Porque na ocasião a dentadura ficava mais barato que tratamento, né?" (Rita, usuária da Clínica)

As condições objetivas de vida dos entrevistados, a insegurança em que vivem em relação à instabilidade do trabalho, salário, moradia, acesso aos serviços de saúde fazem com que busquem uma solução mais definitiva para um problema que, na visão deles, aparece de forma súbita, sobre o qual não têm poder e que interfere no desenrolar normal de seu cotidiano.

2.4.3. Prática odontológica como resposta aos problemas de saúde bucal

A oferta de serviços públicos odontológicos é muito restrita na região leste de Belo Horizonte como, aliás, nas demais regiões da cidade. As classes populares vêem-se preteridas desse tipo de atenção à saúde.

Os serviços odontológicos da rede pública em Belo Horizonte se encontram localizados em escolas públicas e unidades de saúde como centros de saúde e policlínicas. Os poucos serviços existentes encontram-se em estado precário no que se refere a equipamentos, instrumentais e materiais de consumo, interferindo profundamente na qualidade do serviço prestado à população. Além do mais, pode-se dizer da inexistência de serviços odontológicos que prestam assistência a pacientes especiais como excepcionais, aidéticos etc.

Existe, na rede pública, um único centro de atendimento de referência secundária localizado no bairro Santo Antônio, zona sul da cidade. Está destinado a atender os casos de tratamento endodôntico e cirurgia de toda a população da cidade.

O modelo de atenção odontológica da rede pública se caracteriza pelo atendimento dirigido a escolares na faixa etária de 6 a 14 anos. Em 1989, segundo dados da

Secretaria Estadual de Saúde, somente 12% das crianças matriculadas nas escolas públicas receberam atendimento. O tipo de assistência oferecida tem se caracterizado por ações curativas centradas em restaurações plásticas e exodontias.

Na região leste da cidade, onde se encontra a Clínica São Geraldo, existem 28 consultórios odontológicos que se encontram distribuídos nas escolas. Trabalham nesses locais 48 cirurgiões dentistas, 7 técnicas em higiene dental e 24 atendentes de consultório odontológico. Existem somente 4 consultórios distribuídos nos centros de saúde da região onde trabalham 7 cirurgiões dentistas, 2 técnicas em higiene dental e 9 atendentes de consultório odontológico. Nessas unidades de saúde alguns dos horários são destinados ao atendimento à população adulta.[23] Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a relação dentista/habitante no serviço público municipalizado nesta região é de 1/4882.

Os recursos públicos referentes à assitência odontológica do Sistema Unificado de Saúde (SUS) são repassados, em grande parte, para a rede privada credenciada na forma de compra de serviços. Em 1992, mais de 50% dos recursos financeiros do SUS para a odontologia em Belo Horizonte foram gastos com pagamento de serviços

---

(23) Dados fornecidos pelo Distrito Sanitário da Regional Leste.

contratados, sendo que a parcela destinada à Secretaria Municipal de Saúde correspondeu a apenas 17% dos recursos.

A característica do atendimento odontológico do setor público é marcada não só pela precariedade dos serviços como também pela exclusão, impondo à população grandes deslocamentos na busca de um serviço sem a certeza de poder consumí-lo.

Nos depoimentos, os entrevistados relataram que, em menor escala, buscam os serviços públicos para resolver a dor de dente. Quando o fazem, recorrem ao Posto Odontológico do INAMPS (PAM-Carijós), LBA, entidades filantrópicas, geralmente ligadas à igreja e aos centros de saúde. Esses serviços, em sua maioria, oferecem a exodontia como solução para o problema da dor de dente.

O tipo de serviço odontológico mais utilizado pelos entrevistados se refere ao setor privado, as chamadas "Clínicas Populares". Tais clínicas segundo VERSIANI et al. (1981, p.10),

> "... se caracterizam pelo baixo preço oferecido, junto a uma forma de pagamento bastante facilitada, atendendo a uma grande demanda e criando um forte impacto social, já que essas clínicas conseguem suprir a maioria dos anseios clínicos e estéticos de uma determinada faixa da população carente de recursos, principalmente no tocante a tratamento odontológico."

Ainda no mesmo estudo, VERSIANI et al. (1981), concluiram que, apesar de essas clínicas se caracterizarem como pequenas "empresas de saúde oral" cuja única preocupação é o lucro e apresentarem uma qualidade questionável dos serviços prestados, são de vital importância na assistência odontológica prestada às classes populares diante da inexistência de serviços públicos de assistência odontológica.

Contrapondo-se à grande dificuldade para se conseguir atendimento nos serviços públicos odontológicos, dada a grande demanda expressa nas filas a serem enfrentadas, as clínicas populares respondem de modo mais "fácil", sem fila, sem demora na solução do problema da dor de dente.

Deve-se ressaltar, contudo, que o ambiente de trabalho determina as orientações de valor geral e as normas de decisão da conduta do atendimento. Essas clínicas geralmente sub-empregam profissionais da odontologia que atuam com ganho de porcentagem pelo trabalho realizado. Assim, privilegia-se o volume de tarefas executadas, quase sempre em detrimento da qualidade, como forma de manter seus preços baixos e o salário do profissional se assegura pela produtividade.

> *"Quando começou a doer os dentes, eu tive que correr para o dentista. Eu tinha 23 anos. Era lá na Floresta ... eu lembro que a gente pagava 50 cruzeiros para cada dente que extraía. Fazia uma fila lá todo mundo que tinha algum dente que queria arrancar. Quando outro começava a doer, vem e arranca, arrancava, né? Dentista é igual tira-dentes tira o dente e pronto acabou."* (João, usuário da Clínica)

Dois séculos se passaram desde que o herói nacional, Joaquim José da Silva Xavier, ganhou o apelido de Tiradentes em função do ofício que exercia[24]. Parece que, apesar do desenvolvimento do conhecimento e da técnica odontológica, para as classes populares, até hoje, o contato com a odontologia tem sido através dos tira-dentes. São, na maioria das vezes, profissionais com baixa qualificação técnica que desenvolvem a assistência odontológica em precárias condições de trabalho.[25]

---

(24) Segundo CUNHA (1952, p.57), Tiradentes era famoso em Minas Gerais não pelas extrações dentárias que fazia, mas era um dos poucos, dentro do território nacional, naquela época, que detinha a arte de reabilitar as arcadas dentárias.

(25) Contrapondo-se com esta realidade, em Belo Horizonte, existe uma elite de profissionais que prestam serviços odontológicos que podem ser comparados aos centros mais avançados do mundo. " O tempo passou e a odontologia não ficou para trás. Pelo contrário: a prática dos avanços técnicos, o aperfeiçoamento de equipamentos e materiais odontológicos são hoje uma realidade mais eficaz e confortável do que aquela do tempo de nossos avós. Reabilitação funcional e psicológica do indivíduo, tratamentos rápidos e redução da dor são algumas das características da odontologia de alto nível, à disposição, em Belo Horizonte." (Revista VEJA ano 26 n.4 27 de janeiro 1993)

As camadas populares se encontram excluídas de seu direito de acesso aos conhecimentos e tecnologias de intervenção no campo da odontologia. As condições de tratamento odontológico, às quais se submetem, não permitem avançar no conceito de saúde/doença bucal. Parece que, do acesso à chave de Garengot[26], instrumento mais utilizado no início do século, chegaram, no máximo, ao forceps de baixa qualidade.

Frente a esse tipo de ação profissional, os entrevistados têm uma fala que oscila entre a afirmação de uma submissão ao profissional e a enumeração de queixas que fazem a seu respeito. Ante o reconhecimento de sua ignorância, responsabilizam o profissional pela sua condição de mutilação das arcadas dentárias.

> *"Mas você sabe, tem dentista que não está nem aí pras pessoas. Fala que tem que arrancar pronto acabou ... que é a solução e a gente confia. É um dentista que tá falando, a gente confia."* (Maria, usuária da Clínica)

(26) Instrumento utilizado para fazer avulsão dentária.

2.4.4. Experiência da relação paciente/profissional

A relação entre os profissionais da odontologia e os pacientes parece se estabelecer nos limites do conhecimento e da técnica odontológica de um lado e, do outro, no incômodo da dor de dente. Uma relação em que parece haver a exclusão do sujeito, objetivada pela tarefa técnica a se cumprir que é a extração dentária. Este tipo de relação tenderia a confirmar para os pacientes a concepção de que a extração dentária é o único alívio para sua dor.

Não foram identificados traços de personificação em tal relação. Em nenhum caso foi citado o nome do profissional. Foram mencionados pelos nomes dos bairros onde estão localizados os consultórios odontológicos ou pelas instituições nas quais os cirurgiões dentistas trabalham como LBA, Sindicatos, INPS, etc.

Os critérios utilizados pelas classes populares para avaliação da competência dos profissionais da saúde, segundo BOLTANSKI(1983), são os mesmos critérios utilizados para suas relações pessoais tais como: amabilidade, boa vontade, complacência. Nos relatos colhidos entre os entrevistados, na relação com os odontólogos, aparece de forma constante um traço de negatividade, como dor, medo, desconforto, brutalidade, falta de educação, falta de trato para lidar com o paciente.

Se voltarmos um pouco na história da odontologia, servamos que tais qualificações aparecem desde o início da ofissão. A estupidez e a ignorância faziam parte do perfil ofissional, como se fossem a condição para a realização avulsão dentária, principalmente numa fase em que ainda o existiam os anestésicos. Para exercer a profissão, em imeiro lugar, era preciso "que o dentista fosse jovem de pírito e cheio de coragem e, como disse um sábio francês, vesse o coração piedoso e a mão cruel." (CAMPANI, 1786 d CUNHA 1952, p.61)[27].

> *"Eu fui num outro dentista na LBA, só que ele era muito sem educação. Ele foi muito grosseiro comigo e eu não voltei mais. Ignorância? Acabei, eu perdi."* (Maria da Dores, usuária da Clínica)

Pode-se observar que as críticas são feitas ao fissional e seu modo de atuação a partir dos parâmetros relações cotidianas vivenciadas pelos entrevistados.

A maior queixa feita com relação às experiências os profissionais da odontologia está relacionada à forma o ato técnico da extração dentária foi executado.[28]

No Brasil, as primeiras licenças para fazer sangrias e rações dentárias foram concedidas aos negros por serem s considerados como os mais rudes da terra.(CUNHA, 1989,).

Dados semelhantes foram encontrados por SANTOS et al. 1), em pesquisa realizada sobre o discurso popular na tologia.

> *"Uma vez eu fui num dentista na LBA .... O dentista quase quebrou meu queixo... ele arrancou sem anestesia e eu sofri demais. Fiquei 15 dias sem alimentar, não podia nem conversar."* (Pedro, usuário da Clínica)

O sentimento de suspeita e desconfiança para com o rofissional, muitas vezes detectado no pagamento do serviço ecebido, é uma das expressões da percepção da diferença ocial.(BOLTANSKI,1983). Na avaliação da relação usto/benefício quem sai ganhando é o profissional que impõe m preço. Isso, no entendimento do entrevistado, é dado egundo a vontade do profissional com diretas intenções de e beneficiar.

> *"Começou a dor, eu arrancava, mandava arrancar, então foi 3 dentes. Um cara chega no dentista e ele tá vendo só o dinheiro, você vai e tá pagando, chegou, mandou arrancar. Então ele não te orienta se deve tratar, se deve arrancar. Lá não, lá eles só qué o dinheiro, você mandou arrancar, pagou, tudo bem. Mas eu não entendia nada, pra mim tava bom porque livrava da dor."* (Pedro, usuário da Clínica)

O mutismo presente na relação com os profissionais reforça a desconfiança de um grande desinteresse pela condição de saúde bucal de quem procura os serviços odontológicos.

Faculdade de Educação / UFMG

"Particular eu ia só para arrancar. Chegava, às vezes, um dente que merecia fazer um canal e tudo, né? Não eram todos, nem tão caro, às vezes, ficava... mas não orientava, eles queria era arrancar. Então, pra mim, o que eles falava eu deixava fazer." (José, usuário da Clínica)

A relação entre paciente e profissional da odontologia, no caso de nossa realidade, quando ela existe, é uma relação que traz no seu bojo um caráter de dominação por parte dos profissionais e de submissão por parte dos pacientes, sujeitos que têm interesses e visões de mundo distintos. Mas nem tudo pode ser explicado pelos extremos dessa relação. Segundo FOUCAULT(1989,p.148), o poder não age somente de maneira negativa, repressiva como se fosse um imenso super-ego. O poder profissional não estaria ligado restritamente à repressão e à manipulação do corpo do outro de forma autoritária. Se assim o fosse, seria tão frágil que se tornaria insustentável. O poder profissional é forte porque produz efeitos positivos a nível do desejo dos pacientes. O ato da extração dentária encontra ressonância na expressão da necessidade colocada pelos pacientes. O alívio imediato de sua dor é também compatível com sua condição de vida que o exclui do acesso aos serviços de atenção odontológica de melhor qualidade.

> *"Dente não é coisa que pode perder, mas a questão é que a gente avalia na hora da dor, hoje e amanhã. Se eu tô sentindo dor por causa deste dente na concepção nossa que moramos aqui na periferia, se a gente tá sentindo dor por causa deste dente, vamos extrair que amanhã pode tá um pouco doendo, mas daqui uma semana não tá mais."* (João, usuário da Clínica)

> *"Vou arrancar tudo e ficar livre para sempre. Meus dentes incomodam demais. Pobre tem mais é que arrancar tudo. Dentista tá muito caro e não é todo dia que a gente acha vaga."* (Bernadete, usuária da Clínica)

As experiências anteriores da relação entre os trevistados e os profissionais da odontologia parecem ter solvido o problema imediato da dor de dente. Nas rcunstâncias em que ocorrem, porém, têm sido insufucientes ra promover, nessas pessoas, uma mudança de comportamento relação ao auto-cuidado com a boca e os dentes e a lorização dos mesmos enquanto direito à saúde.

5. DENTE, CARTÃO DO STATUS SOCIAL

Apesar de a extração dentária ser a solução mais curada para o alívio da dor de dente, a condição de dentado provoca um sentimento negativo. Essa situação z representações e comportamentos que interferem no idiano de vida dos entrevistados: em suas ações de

alimentação, de fala, nas suas manifestações de prazer, nos seus afetos e carinhos, reafirmando uma condição social não desejada.

A condição de desdentado é vista como reflexo de uma norma higiênica transgredida pela própria origem e precariedade de vida dos entrevistados. A batalha contra as injuções impostas pela condição social deixa em seu corpo mais essa marca que para eles significa o atestado da derrota.

> *"Puxa vida! Meus dentes eram tão perfeitos! Por quê? Por que isto? Eu tinha vergonha de sorrir, não ria pra ninguém... então foi a maior alegria quando colocaram esta prótese. Tá mais escura, né? E dentro de mim também, porque a falha de dente é uma falha dentro do coração também, né? Porque a gente não se sente é ... assim bem sucedida, né? Então quando colocou, puxa vida! Que maravilha! Agora vou poder sorrir! Então prencheu aquilo, aquele vazio que eu sentia."* (Ana, usuária da Clínica)

As classes populares não são uma massa estática moldada por forças exteriores às suas vontades. Elas participam da construção da sociedade com vontades e desejos e, muitas vezes, expressam sonhos e anseios a partir da absorção de padrões culturais já conquistados por setores dominantes da sociedade. (SADER, 1988).

Os valores das classes populares vão se instituindo dentro das próprias contradições vividas no cotidiano de uma sociedade que tem como característica as assimetrias de privilégios sociais. Na relação de sentidos e finalidades diferentes, frente à mesma sociedade, os dominados aceitam, interiorizam, reproduzem e transformam, tanto quanto recusam, negam e afastam, implicita ou explicitamente, os valores dominantes. (CHAUI,1986).

As camadas populares assimilam os padrões de estética corporal decorrentes do desenvolvimento da sociedade. Almejam um corpo bem tratado, exposto a pequenos esforços físicos, mantido em forma pelas práticas esportivas e cuidado através de produtos cosméticos e de higiene, distanciado da animalidade. Diante desse ideal estético, os desdentados se sentem frustrados e diminuídos. Sentem-se derrotados por não terem conseguido participar e desfrutar do consumo dos bens e conhecimentos produzidos e necessários para se aproximarem desse ideal.

A vergonha do corpo desdentado se dá frente aos cânones de beleza humanos já conquistados pelas camadas sociais privilegiadas. Pode-se dizer que é senão vergonha de pertencer a um grupo social de menor valor pois,

> "o corpo efetivamente é, do mesmo jeito que todos os outros objetos técnicos cuja posse marca o lugar do individuo na hierarquia das classes ... é um sinal de status - talvez o mais íntimo e daí o mais importante - cujo resultado simbólico é tão maior, pois, como tal nunca é dissociado da pessoa que o habita." (BOLTANSKI, 19983, p.83).

> *" o dente faz falta demais, tem tanta utilidade que eu não sei explicar. Faz falta para mastigar, ter boca bonita e sorriso bonito, sem os dentes dá vergonha de abrir a boca. Tem vergonha até de dar um sorriso, esconde. Nossa, tem tanta utilidade! A falta de dente prejudica a saúde, dá mau hálito."* (Ricardo, usuário da Clínica)

No relacionamento cotidiano das pessoas, o estar com o outro é guiado pela aceitação ou recusa que a aproximação causa. Para estar com o outro socialmente é exigido respeito a regras e normas sociais que cada indivíduo deve possuir se quiser participar validamente da vida social. "A aproximação do íntimo é a aproximação de uma natureza que deve ser culturalizada, para preservar o status assim como a imagem, a representação social, o prestígio..."(RODRIGUES, 1989, p.119).

A boca cumpre um papel fundamental no processo de aceitação e recusa, além de estar associada a um universo de comunicação e significação especificamente humano. Conota proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas. Muitas vezes é através da conversa, do sorriso, do beijo que se chega ao outro.

Parece que existe uma preocupação em torno da possibilidade de se tornar socialmente patológico, isto é, marginalizado por ser considerado desagradável à visão e ao olfato do outro, por isso, ficar à margem do trato com as outras pessoas. A condição de saúde bucal pode interferir no convívio social, diminuindo o prestígio do indivíduo, mesmo dentro do grupo social do qual participa.

> *"O pessoal achava que meus dentes tava estragado. Eu saía pra namorar, assim eu morria de vergonha. Por isto que até hoje só ando sozinho. Antes o pessoal saía eu ficava com vergonha. A menina tinha um dente beleza e eu com o dente estragado falava: - não vou atrás não. Eles iam pro Cassino Boa Vista lá em cima, eles podiam rir a doidado eles tudo tinha dentes bons e eu? Morro de vergonha! não saía não."* (Jorge, usuário da Clínica)

A boca desdentada seria um símbolo de marcação de assimetrias sociais. A aceitação ou recusa do outro, mediada por padrões e valores culturais, cumpre a função de identificar o "nós" como o grupo da camada social inferior, desdentado, com dor de dente e de mau hálito e o "eles" como o grupo de camada social superior, dentado, escovado e de bom hálito.

As propagandas de produtos destinados à higiene dentária, veiculadas pelos meios de comunicação, reforçam a existência dessa divisão entre o "nós" e o "eles". Há mais ou menos três anos, a indústria fabricante do colutório

cepacol lançou "O BOM DE BOCA", personagem que divulgou a imagem de um galã, dentado, com dentes grandes e brilhantes, com hálito de cepacol. Por isso, tinha um carro bonito e uma garota invejável com a qual podia conversar muito próximo. O creme dental Kolynos tem o gosto da vitória. Tais mensagens aparecem em oposição ao Tião Macalé que é um negro, desdentado de sorriso "1001" e que não consegue conquistar a mulher desejada, "a criola difícil". É a imagem de um derrotado.

Informações como essas veiculadas pelos meios de comunicação, segundo CHAUI(1987, p.39), são reinterpretadas pelas camadas populares que delas se utilizam como uma necessidade de serem incluídas no espaço social sob pena de se converterem numa humanidade invalidada pela sua incompetência e isso é vivenciado e percebido com um sentimento de humilhação que produz uma retração dentro do espaço social.

> *"Trem feio,né? Pra mulher é feio, agora imagina pro homem? Com os dentes da frente todo feio, que parece... é horrível, né? Com os dentes feios não dá pra sair de casa, porque fica muito feio. Sem obturação sem fazer nada, encardido, sabe?"* (Rita, usuária da Clínica)

> *"A aparência está nos dentes. Você vai arrumar um emprego hoje em dia a pessoa te olha de cima em baixo. Roupa que você tá vestindo, geralmente um sorriso seu. Uma pessoa com a boca estragada não serve para trabalhar. Eu já fui cobrado diversas vezes e digo. Eu não tenho condições de fazer. Eles disseram que eu tenho que fazê, se não vou perder o emprego. Então por uma coisa mínima, mas um mínimo que eu não posso."* (Cláudio, usuário da Clínica)

Alguns entrevistados também relataram ter alguma dificuldade em suas relações mais íntimas proporcionada pela condição de saúde bucal dos parceiros.

> *"Meu marido tá com a boca toda ruim. Vou vê se consigo aqui (Clínica São Geraldo) para ele também. Eu preciso conseguir pelo amor de Deus! Ele come dôce de noite, ele gosta de dormir com gosto de docê na boca. Eu tô lá toda escovadinha, bonitinha e o Luiz com a boca grossa. Eu falo: - Pode chegar pra lá, num vem com esta boca grossa pro meu lado não. Sua boca tá cheia de bicho, porque os bichos atacam de noite."* (Inês, usuária da Clínica) [29]

Segundo BOLTANSKI, (1983, p.145), o interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, a sua aparência, agradável ou desagradável ou as sensações físicas de prazer crescem à medida que os indivíduos se elevam na hierarquia social. Não se deve

---

(29) Informação dada de forma reticente e acanhada.

esquecer, porém, que a preocupação com o corpo existe também nas classes populares. Apesar de muitas vezes terem mencionado seus corpos como relaxados, descuidados, os entrevistados percebem sua importância dentro do contexto social de que participam e atribuem a ele outras significações que vão além das dimensões funcionalistas ou de força de trabalho. Existe o desejo de terem a boca bonita para que possam ser aceitos nas várias circunstâncias de sua vida cotidiana: para estarem com o companheiro, para sairem de casa, para se relacionarem intimamente, para irem ao trabalho ou simplesmente para sorrirem sem terem vergonha de seu próprio corpo que é o símbolo de sua condição social.

> *"Dente serve pra muita coisa, uai? As pessoas, sem o dente, não têm o prazer, nê? Vai comer, vai conversar, se tiver com o dente normal é outra coisa, sem eles é totalmente diferente. Acho isto."* (Pedro, usuário da Clínica)

Dentro deste universo de representações construídas ao longo de suas trajetórias de vida, como uma proposta de atenção odontológica que privilegia o cuidado com a saúde bucal e a participação do sujeito no seu tratamento dentário é capaz de produzir redefinições em todo este quadro de representações?

CAPÍTULO 3

O CARÁTER EDUCATIVO DA CLÍNICA SÃO GERALDO

> *"A gente entende,né? Vê o que passou, o que faz, do jeito que era e do jeito que está hoje..."* (Pedro, usuário da Clínica)

A Clínica São Geraldo é vista pelos entrevistados como um melhoramento do bairro assim como Posto de Saúde, Escola, Posto Policial, calçamento nas ruas, etc. É mais um bem de consumo coletivo.

> *"Aqui (o bairro) já melhorou muito depois desta Católica, né? A gente não tinha nada, não tinha posto médico, não tinha colégio, não tinha Católica. Até o posto já tem dentista. O bairro já tem condição pra aqueles que não têm condição."* (Bernadete, usuária da Clínica)

Das instituições citadas como melhoramento para aquele bairro, existe um destaque para a Clínica, que muitas vezes foi referida na fala dos entrevistados como "Católica". O termo utilizado para se referir à Clínica é fortemente sugestivo de uma instituição cristã que presta assistência filantrópica e ajuda aos pobres. Parece que, tanto pelo trabalho que desenvolve de atenção odontológica, tão escasso na região e na cidade, quanto por si só, aparece como um privilégio e pelo fato de estar vinculada às instituições como a Universidade e a própria igreja Católica ganha tal destaque.

> *"Eu até admirei de vir "uma Católica" pra cá. "Uma Católica perto da gente!"* (Ana, usuária da Clínica)

A idéia que os usuários fazem da Clínica tem a ver com sua história de luta pela vida marcada pelo seu lugar na produção social de bens e serviços e sua relação com o Estado mediada, no caso, pelas políticas públicas de saúde.

No ato superficialmente simples de utilizar um serviço de saúde como a Clínica São Geraldo, pode-se encontrar um conjunto de elementos culturais que estão envolvidos como as respostas à doença, à visão do corpo, à interpretação da dor e dos distintos sintomas, o conhecimento da enfermidade e atitudes frente à prática odontológica.

Na afirmação de MADEIRA (1990), as formas de expressão dos indivíduos se dão através da comunicação e da conduta e as respostas que encontram a esta expressão vão transformando sutilmente suas próprias representações. Nesse sentido, observaram-se, também, para além do depoimento dos entrevistados, mudanças no comportamento deles durante o tempo de frequência à Clínica. Não se tem aqui a pretensão de generalizar uma situação, porém, a frequência com que a mesma ocorre permite abrir um parêntese para citá-la.

Faculdade de Educação / UFMG.

As pessoas em sua maioria chegam à Clínica cabisbaixas, aparentemente acessíveis, mas apreensivas, prontos para receberem ordens e intervenções. Nota-se que falam pouco, quase não questionam a organização do atendimento e o próprio tratamento. O aspecto físico não difere daquele geralmente observado nas classes populares, denunciando, de certa forma, o "corpo abandonado" como foi expressado em suas próprias falas.

A medida em que vão recebendo atendimento que se compõe de ações curativas restauradoras e de informações sobre as normas de higiene bucal, nota-se não só uma melhora nas condições de saúde bucal, mas aparentam também uma modificação no seu aspecto exterior. Já não olham mais para o chão, pode-se observar a camisa nova, o cabelo lavado, o batom, o boné novo, o walkman comprado no Paraguai. Sinais de um sujeito que está adquirindo mais alguns elementos na sua formação enquanto cidadão.

Pretende-se, neste capítulo, analisar como a experiência de tratamento odontológico vivenciada na Clínica São Geraldo contribuiu para a constituição da saúde bucal enquanto valor para seus usuários. Nesse sentido, quais foram as circunstâncias potencialmente pedagógicas? Quais foram as situações propiciadoras de uma outra representação sobre o corpo e a saúde bucal? Em que medida essas situações

influenciaram novas ações com relação ao cuidado com a boca e com os dentes e as ações reivindicatórias para tê-lo como direito?

A educação que se quer discutir é aquela resultante da prática de atendimento que se realiza no espaço específico da clínica. Trata-se de relações sociais construídas e reconstruídas pelos atores sociais nela envolvidos.

3.1. A PROCURA À CLÍNICA

A procura do serviço da Clínica pode ser vista como a culminação de um processo social mediante o qual os pacientes são colocados em contato com a prática odontológica por terem chegado ao convencimento de que são portadores de um incômodo que demanda uma ajuda profissional. Assim, recuperar o motivo que provocou a busca do serviço da Clínica significa resgatar um diagnóstico já realizado e do qual o paciente tem consciência, quanto ao sintoma que motivou a sua procura.

Os motivos e expectativas que justificaram a procura de tratamento na Clínica parecem ser os mesmos alegados para procurar qualquer outro serviço odontológico. A presença do incômodo, dor de dente, como já foi mencionado, é o fator que determina esta procura.

> *" A noite toda de baixo de chuva na fila tem que estar precisando. Tira uma planta da cara do povo, dá uma olhada para a cara do povo"*[30]

A quase gratuidade do serviço prestado pela clínica, a escassez de outros serviços públicos odontológicos na região e a falta de condições materiais para ter acesso à clínica privada colocam aquele espaço como o local de "preferência" para essas pessoas.

A natureza da oferta, como a gratuidade na utilização dos serviços segundo COHN et al (1991), tem peso maior do que a preferência pelo próprio serviço. Como foi observado através do depoimento dado por um usuário da Clínica:

> *"Porque noutro lugar eu não conseguia. Só pagando. É muito caro, para quem tem menino e marido... não tem condições de tá pagando. Quando tava doendo, eu ficava assim: Tem que tratar, tem que tratar, mas cadê o dinheiro? Continuo sem dinheiro mas pelo menos consegui um tratamento, tá bom demais!"* (Inês, usuária da Clínica)

A expectativa com relação ao tipo de atendimento que a clínica lhes pudesse oferecer parece demonstrar a mesma demanda expressa por eles ante os serviços

---

30) Depoimento fornecido por uma das pessoas que estavam, há quase 24 horas, na fila, na porta da Clínica para conseguir uma vaga para o tratamento. Durante o depoimento, ele faz um gesto para que eu observasse as pessoas que ali estavam.

odontológicos nos quais tiveram experiências anteriores. A maioria das pessoas foi até a Clínica com a expectativa de resolver seu problema dentário através da extração. Uns queriam arrancar o dente que mais o incomodava e outros queriam a exodontia como uma forma de ficar "livre" do incômodo que os dentes poderiam vir a causar. A Clínica para tais pessoas representava uma chance para obter tal alívio. Os depoimentos a seguir são bastante ilustrativos.

> *"Em 78, quando cheguei aqui(Clínica São Geraldo), eu queria arrancar tudo e pôr dentadura, porque eu não queria mexer mais com dentista porque uma que é caro e eu não conseguia, né?"* (Fátima, usuária da Clínica)

> *"Eu queria que a moça arrancasse meu dente, porque eu vim com aquela visão que tem que arrancar para parar de doer."* (João, usuário da Clínica)

A experiência de tratamento na Clínica parece que vem contribuindo para modificar as representações sobre a saúde bucal. No momento em que os entrevistados fizeram avaliação dessa experiência, destacaram a eficiência dos serviços prestados pela Clínica. A capacidade de recuperar dentes que as pessoas pensavam estarem perdidos e de propiciar reabilitação, através de próteses, parece ser a sua maior qualidade.

> *"Eu achava que ia arrancar tudo. A gente pensava que não ia ter jeito mesmo. Eu queria que arrumasse, que melhorasse, num sei como não. Se tivesse que arrancar, tudo bem, já que deu pra arrumar melhor ainda."* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

> *"Minha vontade era de arrancar tudo porque eu achava que não tinha mais jeito de recuperar, né? A moça falou que não ia arrancar porque tinha condições de fazer um tratamento, aí começou a questão do canal que estou fazendo agora."* (João, usuário da Clínica)

O trabalho da Clínica tem sido capaz de propiciar a seus usuários a oportunidade de acesso a um serviço odontológico que amplia o universo de possibilidades de tratamento para além dos limites da exodontia. A partir do momento em que as pessoas vivenciam essa experiência, parece entenderem uma outra dimensão do tratamento odontológico que desmistifica o papel do dentista como "Tira-dentes" e provavelmente as leva a perceber um outro estado de condição de saúde bucal no qual o dente pode permanecer em suas arcadas.

> *"A Clínica mudou minha concepção, a minha visão pessoal mudou, porque hoje é a terceira vez que eu volto aqui e já não volto mais com aquela vontade que a gente tem de extrair o dente, porque já passaram 3 semanas e o dente nunca mais doeu e eu tô sentindo melhor, mastigando coisas que eu não podia antes. Tomando café quente e água gelada. Agora tô podendo fazer novamente sem problema."* (João, usuário da Clínica)

A capacidade mais ampliada de dar respostas aos problemas de saúde bucal mencionada pelos usuários coloca a

Clínica numa situação diferenciada frente a outros serviços odontológicos da região.

> *"Aqui (Clínica) é mais avançado que o Centro de Saúde no que se refere ao tratamento em geral. Porque lá faz algumas coisas específicas enquanto aqui o pessoal prefere vir aqui porque faz tudo, vamos dizer dentro da área da saúde bucal."* (João, usuário da Clínica)

A partir da experiência de tratamento odontológico, cujo modelo de atendimento tem a preocupação de uma ação mais integrada para proporcionar uma melhora no nível de saúde bucal, as formas de atendimento das outras experiências são tidas pelos entrevistados como incorretas. Elas parecem não mais satisfazer seus projetos de saúde bucal.

> *"Minha esposa foi tratar no Horto, rebentaram o dente dela. Eles abrem o dente todo, não limpa a cárie, não limpa tártaro e já vai restaurando o dente, eu achei super errado. Este tratamento que eu tenho aqui... eu achei errado o dela... porque enquanto tava assim o canal, sempre trocava o curativo, matando os nervos, colocando o remédio, mas só foi restaurado meus dentes quando acabaram com tudo... eliminação de... de sangue da genviva, tártaro e cárie. Enquanto não deixou tudo limpinho, tudo polido, ele não foi restaurado de jeito nenhum. Eu fico vendo certos trabalhos aí, eles mal limpa o dente e já tá ali, quer dizer onde ficá uma cárie e uma placazinha que fica ali que pegar no forramento aquele negócio todo vai comer o dente por dentro. Depois que eu vim pra cá aprendi muita coisa."*(José, usuário da Clínica) [31]

---

(31) O entrevistado, nesta fala, se refere às fases do modelo de atenção implementado na clínica São Geraldo. Utiliza-se, inclusive, de termos técnicos odontológicos.

O tratamento odontológico oferecido pela Clínica, além de demonstrar uma solução frente à dor de dente, que é o problema apresentado pela maioria, propicia a percepção de que, a longo prazo algo mais que isso se modifica. As sensações físicas melhores parecem confirmar que a forma de atendimento é, neste sentido, eficiente. A ampliação de oportunidades de tratamento possibilita resolver outros incômodos, além da dor de dente, que também trazem limitações nas suas relações cotidianas e que nem sempre são revelados como motivo da consulta.

> *"Depois que eu vim para cá tratar de dente, minha saúde virou outra, também virei outro. Porque a parte assim que abalava mais o sistema nervoso devido ao próprio dente, estômago também era um problema meu. Eu já tenho problema de intestino preso. Melhorou 100% porque eu me tornei mais normal. Depois que vim pra cá aprendi muita coisa."* (José, usuário da Clínica)

Levanta-se a hipótese de que uma atenção odontológica como a da Clínica São Geraldo que amplia sua atuação para além de ações mutilatórias, que se apresenta com o compromisso de modificar o quadro de saúde bucal encontrado e que faz isto com qualidade, atinja os desejos e projetos escondidos atrás do motivo alegado da consulta. O atendimento da Clínica poderia estar propiciando a seus usuários chances para resolverem incômodos subjetivos: vergonha, desafeto, retraimento social que trazem limitações concretas nas suas relações cotidianas.

3.2. RELAÇÃO DENTISTA-ALUNO/PACIENTE

3.2.1 Aspectos da relação paciente/profissional na odontologia

Para analisar a relação dentista-aluno/paciente na Clínica São Geraldo, a princípio se farão algumas considerações sobre especificidades apresentadas na relação paciente/profissional na prática odontológica.

Para haver uma ação odontológica pressupõe-se o contato físico entre o paciente e o profissional. Parece óbvia tal observação. Esta, porém, é uma característica peculiar da odontologia pois nem todas as práticas de saúde têm esse pressuposto como fundamental para sua intervenção.

Na ação médica, por exemplo, segundo FOUCAULT(1987), a invenção do estetoscópio estaria ligada ao distanciamento entre médico e o paciente marcado pela falta do toque. Na odontologia ainda não surgiu um instrumento que cortasse a relação de aproximação física dos polos da relação dentista/paciente. As características da produção artesanal e intervencionista da prática odontológica exigem a aproximação dos corpos.[32]

---

(32) O distanciamento, no caso da odontologia no Brasil, é causado pela exclusão da maioria da população ao acesso à prática odontológica.

O caráter de intimidade do ato odontológico é centrado no toque, na relação de contato entre os corpos do paciente e do profissional. "Tocar, muito mais que chamar pelo primeiro nome, reduz a distância social e frequentemente constitui uma declaração de intimidade." (MONTAGU apud FIGUEIREDO, 1992, p.162).

Distante da frieza do ato técnico, a ação odontológica estaria relacionada à manipulação de parte do corpo humano com alto grau de simbolismo e significação de intimidade desde a mais tenra idade. A boca foi descrita por RODRIGUES (1983) como importante instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade. Através da boca, a criança faz seus primeiros contatos com o mundo, sem contudo ser capaz de se comunicar verbalmente, cada vez que a ela é oferecido ou negado um alimento do tipo particular ou em situações especiais aprende algo sobre a vida. No processo de socialização, é através da boca que o homem recebe suas primeiras lições.

A cavidade bucal foi referida no depoimento de um dos entrevistados como um órgão que diz respeito à vitalidade.

> *"Peixe morre é pela boca, mas também vive é pela boca."* (Pedro, usuário da Clínica)

Talvez essa significação tenha tanto a ver com a porta de entrada de alimentos para a manutenção da vitalidade do corpo físico como a percepção de que a boca está associada a um universo de comunicação e de significação especificamente humano. Funciona como um ponto de equilíbrio de todo o sistema de aceitação e recusa social. Conota proximidade e intimidade nas relações cotidianas, "razão pela qual qualquer contato com ela adquire, de imediato, dimensões exageradamente marcadas, sobretudo se se trata de um contato proibido." (RODRIGUES, 1983, p.152).

Além de toda essa particularidade decorrente da manipulação de uma parte tão significativa do corpo humano, pode-se supor que características sociais, tanto dos profissionais como dos pacientes, não se encontrariam apagadas nessa relação. Assim, os antecedentes religiosos, étnicos, sexuais e de classe social e ambiente de trabalho entrariam para influenciar subjetivamente diagnósticos e planos de tratamento.

FREIDSON (1978) observa a existência de um caráter subjetivo quando explica a heterogeneidade da conduta médica. Apesar das diferenças existentes entre a relação profissional/paciente na área médica e na área odontológica, alguns elementos discutidos por esse autor podem favorecer a compreensão de tal relação no campo da odontologia.

As várias escolas e linhas de intervenção médica stariam relacionadas ao caráter subjetivo da experiência línica pessoal do profissonal. A relação profissionais de aúde/paciente não seria uma relação estritamente técnica; é ma relação entre pessoas com significações e poderes iferentes frente à doença, não tão impessoal como afirma LAVREUL[33]. A esperança mútua existente na relação rofissional de saúde/paciente seria um traço dessa ubjetividade. "Ambos confiam em uma melhora ou cura e ambos nterpretam sua experiência pessoal sobre tal expectativa." FREIDSON, 1978, p.264).

A relação dentista-aluno/paciente será analisada ob esta ótica, distante da neutralidade que aparentemente efine o ato da atenção odontológica.

Faculdade de Educação / UFMG

33) Para CLAVREUL(1983), o distanciamento é uma característica da relação médico/paciente. Atribui esse distanciamento à existência de um vocabulário técnico-especializado que para sua utlização requer a exclusão das posições subjetivas dos polos dessa relação. Nessa perspectiva, o autor considera a relação médico/paciente como um mito, pois o que prevaleceria seria a relação doença/instituição médica. Não existiria um interesse pelo doente e sim, pela doença e não seria o médico como pessoa que estaria nesta relação, mas um representante de um corpo constituído, o corpo médico, como participante de um saber misterioso, que dá o medicamento ao doente.

3.2.2. A importância do diálogo

O atendimento na Clínica São Geraldo não só parece resolver o problema da dor de dente como também propicia outras experiências ainda não vivenciadas pelos entrevistados em suas relações anteriores com os profissionais da odontologia. Esta "nova" experiência estaria relacionada com a comunicabilidade. Uma relação dialógica mesmo que tenda ser unilateral é vista de forma positiva pelos entrevistados.

> *"Eu vim aprender mesmo a mexer com dente aqui, né? Porque pra mim não existia nada disto não, por isto eu falo que eu acho bom vir aqui. Quando eu tratava com dentista lá no Esplanada, pagava caro para fazer o tratamento de dente e não fazia nada que prestava. Num falava sobre escovação, sobre o que tem que usar no dente, sobre placa eu aprendi aqui. Passei a entender como se deve escovar, se uma escova tá já velha, a orelha virada... fio dental... pra quem não sabe de nada não tem valor."* (Cleuza, usuária da Clínica)

A comunicabilidade existente entre profissionais-alunos, professores e os usuários da Clínica pode ser considerada importante no processo de valorização da saúde bucal, tanto do ponto de vista do acesso às informações sobre os cuidados com a saúde bucal, dos quais o grupo social dos entrevistados estaria à margem, como do estabelecimento de uma relação paciente/profissional distinta das formas que esses usuários vivenciaram anteriormente.

Suas falas sugerem que existe, por parte dos profissionais da Clínica, uma preocupação com eles. Ao receberem orientações sobre aspectos da saúde bucal sentem-se considerados, seu lado enquanto pacientes parece ser valorizado. Em tais circunstâncias, essa seria uma experiência nova.

> *"Depois que eu estou aqui já fiquei sabendo do modo de tratar. Como você deve cuidar da sua boca. Eu tô caprichando demais."* (Ricardo, usuário da Clínica)

Em estudos realizados sobre a relação médico/paciente nas classes populares BOLTANSKI (1989, p.39), afirma que a sensibilidade dos pacientes para avaliar a forma como os médicos com eles se relacionam tem a ver com a consciência da distância social, percebendo que estão diante de uma relação de classes e que o comportamento médico muda de acordo com a classe social de quem está sendo atendido. A partir dos depoimentos dos entrevistados, esse pressuposto poderia também ser considerado na relação paciente/profissional na prática odontológica.

Na experiência que tiveram fora da Clínica, analisada anteriormente, os pacientes relataram, na maioria das vezes, uma relação profissional/paciente que lhes demonstrou que, para seu grupo social, tanto no aspecto do tratamento quanto das informações sobre os cuidadaos com a saúde bucal, somente um mínimo havia sido dispensado.

> *"As escolas dos dentistas particular não ensinam eles. Eles fala que têm que fazer isso, mas não ensinam como a gente deve escovar, como deve usar o fio dental. Pelo menos todos que eu fui nunca falaram, eles gostam mais da parte deles, da parte da gente eles não querem nada."* (Maria, usuária da Clínica)

Por isso, os entrevistados parecem perceber que esta preocupação com eles é uma situação muito particular da Clínica.

> *"Não falou nada, minha filha! Arrancou 3 de uma vez. Eles não ligam não, dentista particular eles não tão querendo sabê de nada, eles tão querendo sabê de arrancar e pegar o dinheiro e pronto. Aqui não... aqui você tem dentista... aqui eles te orienta, dá pra fazer canal, põe curativo e eles te orienta, né?"* (Pedro, usuário da Clínica)

O encontro entre paciente e dentista-aluno se dá em uma situação de aprendizagem no conteúdo da disciplina de Odontologia Social e Preventiva que tem como objetivo discutir os determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença bucal e desenvolver um modelo de atenção odontológica tendo como eixo o controle das doenças bucais. O diálogo com o paciente é uma exigência acadêmica da disciplina com vistas a cumprir tais objetivos.

A conversa com o paciente não se resume, portanto, a interrogações que constam na ficha clínica que estão mais direcionadas à compreensão do caráter biológico das doenças bucais. O diálogo é tido como fundamental para ser

trabalhado o auto-conhecimento das doenças bucais, o auto-cuidado dos pacientes e sua participação no tratamento.

A percepção de que este é um elemento específico da formação profissional que está ocorrendo naquele local e, tomando como base as experiências anteriores de tratamento odontológico, faz com que para o paciente fique a suspeita de que esta prática, fundamentada no diálogo, talvez não seja possível em outros locais que não tenham a mesma circunstância da Clínica.

> *"A Clínica é muito boa, tá cada dia melhor. Só deles conversá com a gente as coisas diferentes cada dia melhora. Hoje eles conversá mais, explica mais, muita atenção. Se eles tratarem nas Clínicas deles igual eles tratam aqui, minha filha! Bom demais!"* (Cleuza, usuária da Clínica)

Observa-se que, também para os alunos, o diálogo com os pacientes é um dos elementos de diferenciação do trabalho da Clínica São Geraldo com suas experiências em outras Clínicas do Departamento de Odontologia.

> *"A gente aprende um pouco em cada clínica. Mas no São Geraldo, a gente se preocupa mais com o paciente, vocês fazem a gente enxergar mais o paciente. Porque as outras clínicas é mais trabalho, é mais prática, estas coisas. Aqui (Clínica São Geraldo) além disto, para tratar os dentes de uma pessoa... tem assim uma preocupação de ir mais a fundo, de descobrir porque aquela boca é daquela forma."* (Depoimento de uma aluna feito durante a avaliação da disciplina de Odontologia Social e Preventiva)

Faculdade de Educação / UFMG

Deve-se ressaltar que esta atitude de passar informações e de dar explicação sobre os cuidados com a saúde bucal e a participação do usuário no tratamento não tem se fundamentado em um diálogo entre partes iguais. O discurso profissional é o único considerado representante da ciência legítima.é este discurso que faz as leis da normalidade e da patogenia, assim como estabelece as condutas para o tratamento. Através da ideologia humanista, em nome do bem do indivíduo e da perícia técnica, tem-se tirado do paciente o direito de avaliar sua própria conduta com relação à saúde/doença bucal. O valor saúde bucal seria de responsabilidade de um corpo organizado de trabalhadores, dentistas-alunos e professores que proclamam jurisdição sobre o dito valor.

> *"Eu pensava que eles iam fazer o que eu queria, mas é em parte, né? Eu queria colocar uma ponte fixa e eles colocaram uma prótese adesiva. Eu fiquei muito frustrada com isto, porque depois que eu me conscientizei como é bonito um sorriso! Abrir a boca e sorrir! Eu queria mesmo é uma ponte!"* (Ana, usuária da Clínica)

Alguns fatos ocorridos na Clínica, porém, exemplificam situações que numa relação de atendimento odontológico poderiam, no mínimo, ser percebidas como estranhas, mas que, numa outra visão, podem sugerir um

aspecto diferenciado no que tange ao papel desse usuário enquanto sujeito frente ao poder profissional institucionalizado.

Fato interessante ocorreu entre um paciente e um dos professores da Clínica. Após o paciente ter passado por várias situações que tinham o objetivo de orientá-lo sobre higiene bucal, este manifestou a curiosidade de conhecer as condições de saúde bucal daquele que ele reconhecia como o detentor maior do conhecimento e solicitou ao professor do turno que mostrasse suas arcadas dentárias. Tal não foi o espanto do dito paciente ao ver que o professor se encontrava com um número de dentes restaurados muito maior do que o seu e a partir daí concluiu que estava em condições melhores, pois em toda a sua arcada dentária só havia duas restaurações.

Essa situação poderia significar uma relação mais próxima, em que o diálogo pode ter contribuído para atenuar as diferenças existentes na relação paciente/profissional.

3.2.3. Ensinando/Aprendendo os cuidados com a saúde bucal

O diálogo existente na relação profissional-aluno/paciente ganha importância para os usuários da Clínica porque estabelece uma relação distinta do mutismo vivenciado em suas experiências odontológicas anteriores. Também existe

a valorização do conteúdo das informações às quais os pacientes têm acesso através do contato com os profissionais-alunos na Clínica.

As informações passadas em sua maioria correspondem à prescrição de normas e atitudes de comportamento que compõem os rituais da higiene bucal. Não eliminando a fundamentação científica das práticas higiênicas usadas pela sociedade ocidental, RODRIGUES (1983, p.116) lembra que estas são também práticas simbólicas, são ritos purificatórios. Os ritos da higiene marcam uma transição entre domínios diferentes da vida social, do privado para o público, do sagrado para o profano, da natureza para a cultura. O autor compara os instrumentos utilizados para higiene corporal com objetos usados nos ritos sacrificiais. "...porque devem, ambos, ser destruídos ou purificados por haverem tido contato com forças sagradas consideradas impuras."

Pode-se observar o ponto de vista colocado por esse autor no relato do fato descrito a seguir.

Um dos usuários da Clínica, um dia, se dispôs a falar sobre técnica de escovação em uma palestra, programada pelos alunos, destinada ao grupo de usuários de um dos turnos de atendimento. Com modelo na mão, como fazem os alunos, ia mostrando para seus companheiros quais deveriam ser os movimentos necessários dentro da técnica que ele

dizia ser correta. Para justificar tais movimentos, dizia que uma "tremidinha" com a escova era de grande importância, pois esta seria a responsável pelo "estonteamento" das bactérias que, logo em seguida, caíam na saliva para depois serem cuspidas. Dessa forma estaria pronta a limpeza.

O microrganismo aparece para esse indivíduo como um ser que tem sintomas semelhantes aos sintomas humanos, "estonteamento", com poderes de agressão que podem ameaçar a sua vida devendo por isso ser derrotado na batalha da limpeza para depois ser expulso da cavidade bucal.

> "O pensamento popular só pode assimilar e ulitizar aquilo que já conhece, as novas categorias tomadas da ciência ao mesmo tempo que as palavras-suporte, são imediatamente submergidas pelas categorias mais antigas e mais gerais, das quais os membros das classes populares fazem uso corrente e que lhes são familiares."(BOLTANSKI,1989,p.87)

Os microrganismos, segundo RODRIGUES (1983), representam, para os indivíduos, conceito de uma linguagem mítica que se apresenta sob a capa da cientificidade. O comportamento da higiene corporal para esse autor é também uma profilaxia simbólica, pois existe uma crença mística que o suporta. No seu aspecto de significação exterior, esses comportamentos estão relacionados com poderes que lhes dão autoridade e às normas de comportamento social. Poderia significar proteção contra o mal e o caminho para a aceitação social.

A importância dada às informações recebidas tem a ver com o sentimento de ignorância já observado como causalidade atribuída à condição de saúde bucal. O estigma da incompetência e do desconhecimento permite prontamente a valorização do discurso profissional. A Clínica talvez possa suprir essa carência de informações e surge, a partir dos pacientes, a proposta de se ter na Clínica uma "escola" para os pacientes.

> *"A gente não sabia mesmo! Não sabia escovar, não sabia limpar direito. Eu acho que sempre tem que estar fazendo uma palestra. Tipo uma escola também pros pacientes. Sempre ensinando que não é só ir ao dentista..tem que cuidar também do que tem."* (Joana, usuária da Clínica)

As informações sobre higiene bucal parecem ser vistas como um dos meios para que os pacientes se identifiquem como mais próximos do corpo bem tratado, dos dentes cuidados, do corpo mais culturalizado que ainda não conquistaram. Poderia trazer o significado de estarem em uma outra posição no contexto social.

Segundo COSTA(1989, p.11), em seus estudos sobre a ordem médica e suas influências sobre a família colonial, enquanto a pedagogia médica, através das normas de higiene, alterava o perfil sanitário da família, foi capaz de modificar também sua feição social. Nessa modificação,

aparece a representação de progresso, de melhoria dentro do status social, a sensação de estar a caminho de um outro lugar na sociedade.

As informações sobre os cuidados com a cavidade bucal deixam claro a intenção de criar normas e rotinas de higiene a partir do ponto de vista dos profissionais atuantes na Clínica. Os entrevistados representaram as práticas de higiene bucal como forma de se cuidarem. As práticas de higiene como escovação, uso do fio dental, bochecho com soluções fluoretadas, etc., estão traduzidas como proteção ao seus corpos e à saúde. Assim, fica a impressão de, que sem a prática dessas normas e rotinas, os pacientes poderão ser castigados pela doença.

> *"É tão bom sentir assim tudo limpinho. Antigamente só de pôr a mão você sentia a sujeira no dente. Hoje eu sei escovar meus dentes! Eu não quero mais ter cárie não. Se tiver é mais desmazelo. Porque tudo o que tinha que aprendê, eu já aprendi."*
> (Bernadete, usuária da Clínica)

Vinculada a essas práticas estaria a oposição entre o normal e o patológico. As impurezas são portadoras de doenças, e as regras de higiene teriam como objetivo eliminá-las, impedindo que o indivíduo se torne socialmente patológico.

As normas de higiene bucal não ficam restritas ao âmbito do usuário da Clínica. Existe a preocupação de levar

as informações para os filhos e também de modificar, dentro de suas condições concretas de vida, os cuidados com os mesmos. Tal atitude pode ser observada tanto em homens quanto em mulheres entrevistadas. Parece que essa situação reflete o cuidado que é inerente à condição de pais com a preocupação de ser esse mais um elemento que pode dar aos filhos uma condição social distinta daquela em que vivem.

> "Assepsia corporal é também uma profilaxia simbólica. O comportamento ritual não pode ser entendido como um simples meio de seguir algo: é preciso também considerar a sua eficácia simbólica."(RODRIGUES, 1989, p.134).

A positividade reconhecida no caráter das informações passadas durante o atendimento odontológico e o tratamento dentário recebido na Clínica São Geraldo talvez pudesse ser vista como mais um instrumento utilizado pelos seus usuários, membros das classes populares, para terem um reconhecimento social. Pois, estaria atuando diretamente no principal signo de identificação social que é o próprio corpo. A adoção de um modelo de comportamento em relação a ele permite uma natureza mais humanizada, influencia diretamente no seu retraimento social e na vergonha de seu corpo. Pois, pode concretamente lhes dar condição de ampliação do seu trânsito social tanto no nível das relações mais íntimas como também na melhoria de suas chances no mercado de trabalho.

3.2.4. Avaliando o aluno-dentista

Os critérios utilizados para avaliar a competência dos alunos foram os mesmos utilizados para avaliar os dentistas com os quais já haviam tido outras experiências. No caso específico da avaliação dos alunos-dentistas, parece haver uma proteção que transparece na suavização de suas observações.

> *"Aquele Arilênio é bom. Eu tenho mais sorte com os homens. Com as mulheres não tive muita sorte não. Aquela Maria Inês também foi muito boa. Acho que só a Claudinha, coitadinha! Era boa, mas não tinha aquela rapidez igual os outros têm. Mas muito boa, muito carinhosa com a gente."* (Maria, usuária da Clínica)

Na avaliação feita pelos pacientes com relação aos alunos-dentistas de uma maneira geral, eles são reconhecidos como profissionais. São referidos através dos nomes, podendo significar traços de uma relação mais personalizada. Os profissionais pelos quais haviam passado, em experiências anteriores, foram referidos pelos bairros onde localizavam seus consultórios ou pela instituição na qual trabalhavam.

> *"Os dentistas aqui toda vida foi muito bonzinho. Os que eu tratei com eles sempre foram bons demais!"* (Lúcia, usuária da Clínica)

> *"Tô tratando aqui e estou adorando, já passei por dois dentistas. Todos dois excelentes. O Jorge da outra vez, né? Todos dois muito legais, educados. Eu tinha pavor de dentista, sabe?"* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

A forma como está estruturado o atendimento na Clínica não permite a existência de um mecanismo em que seus usuários façam escolha do dentista-aluno pelo qual serão atendidos. Essa situação de não opção é a mesma que pode ser observada nos serviços públicos de saúde, restando ao usuário a expectativa ou a sorte de se deparar com um bom profissional. Existe uma ansiedade que é vivida pelos pacientes, a cada semestre, quando ocorre a mudança da turma de alunos o que foi ironizado na fala de um dos entrevistados.

> *"Eu fiquei com tantos aí, que nem sei dizer. Tantas emoções! É ruim quando muda de semestre! Você fica naquela... Será que o cara é bom? Será que o cara é ruim?"* (JOrge, usuário da Clínica)

BOLTANSKI(1989,p.78), citando DURKHEIM, descreve que os membros das classes populares se utilizam de categorias que correspondem às propriedades mais universais das coisas para reinterpretar o discurso médico. Pode-se observar que os entrevistados também utilizaram o mesmo esquema para avaliar a qualidade do aluno-dentista.

Categorias de substâncias, como leve e pesado, parecem ser o critério mais utilizado para distinguir o bom e o mau profissional. Uma das qualidades do profissional foi definida através do peso da mão. A essa definição estão associados os sentimentos de carinho e cuidado.

> *"A pessoa que arrancou foi tão boazinha, bom demais! Nem doeu nada! Tem uma mão leve! Que Deus abençoa sua mão, que continue sempre assim. Que tem dentista que rasga a boca da gente, né? O céu da boca então..."* (Maria, usuária da Clínica)

> *"Tem uns que é mais pesado, tem mão mais pesada. Igual um que eu peguei aqui, ele é bom, tratava a gente bem e tudo, mas a mão dele é pesada! Na cirurgia, na hora de dar os pontos, já tava acabando a anestesia, Nossa Senhora!"* (Pedro, usuário da Clínica)

No caso específico da odontologia em que é muito comum a sensação de medo, pavor, aversão provocada pelo ato técnico, principalmente em pessoas que já passaram por experiências pouco agradáveis, aspectos da subjetividade do profissional como carinho e atenção parecem entrar como requisito para que o atendimento seja considerado de melhor qualidade. Na opinião de um dos entrevistados, tais características deveriam estar presentes na relação dentista/paciente e, portanto, deveriam ser ensinadas. Tal conteúdo não é previsto no currículo. A subjetividade dos afetos e sentimentos das relações interpessoais não tem tido espaço dentro da racionalidade científica do conhecimento odontológico.

"Eu acho muito importante tanto pros pacientes quanto pros alunos tratarem a gente bem. Toda pessoa tem medo de dentista. Então eu acho muito importante na Católica, vocês, professores, ensinarem os meninos[34] serem calmos, ter paciência, ter carinho com os pacientes. Porque muita gente é traumatizada com este negócio de dentista, eu mesma era uma." (Ana, usuária da Clínica)

3.3. O ACESSO À CLÍNICA EM DISCUSSÃO

As opiniões dos usuários sobre a Clínica e as formas de relação que estabelecem com a mesma tomam um caráter avaliativo que pode ser entendido como modo peculiar de conceber, de se ajustar e também de confrontar e de resistir estratégicamente ao que é oferecido.

O número restrito de vagas para acesso ao tratamento na Clínica é muito criticado. Esse problema se agrava quando se se depara com a estrutura do atendimento determinada a partir do interesse da formação dos alunos de odontologia, com um pequeno número de serviços odontológicos da região, com a qualidade e capacidade resolutiva desses serviços e com a alta demanda por tratamento odontológico.

O momento da marcação de consulta tem sido polêmico tanto para os usuários quanto para os professores que trabalham na Clínica.

---

(34) Meninos, no caso, refere-se aos alunos de odontologia que fazem atendimento na Clínica São Geraldo.

Faculdade de Educação / UFMG.

> *"Um modo de melhorar seria um jeito mais fácil de conseguir vir pra cá. A única coisa difícil é entrar aqui. Depois que tá aqui não tem nada pra melhorar não. Pra mim tá ótimo. Era só ficar mais fácil pra conseguir tratamento. Porque dormir na fila debaixo de chuva? Tem que ser assim, se tiver chovendo tem que ficar, se tiver sereninho tem que ficar, se não, não consegue."* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

As propostas para o sistema de triagem, desde a criação da Clínica, demonstraram-se insuficientes e insatisfatórias. Ao longo destes treze anos de funcionamento, formas diversas de selecionar a clientela foram tentadas.

O modo de conseguir uma vaga na Clínica varia de acordo com a época. Entre o período de 1986 a 1989, a triagem ou seleção de pacientes era feita através das cinco asssociações de bairro envolvidas no grupo de saúde, e após esta data, adotou-se a forma de agendamento através da fila. Na opinião dos entrevistados, ambas as formas de triagem apresentam-se insatisfatórias e são apontadas falhas tanto de uma forma como da outra.

> *"A única coisa que eu acho difícil é que o pessoal do bairro tá precisando e para conseguir tem que ficar 24 horas na fila. Quando eu peguei, não foi assim, não foi pela associação... num é que a gente tá falando mal, tô contando que é difícil para quem tem casa, se a mulher tem criança não pode ficar. A ficha pela associação era mais fácil."* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

"Antigamente era difícil conseguir vaga porque era pela associação, e os presidentes davam preferência àquelas pessoas que pertenciam a sua região. Eu adorei o jeito de eles fazerem agora, dá mais oportunidade para outras pessoas."
(Bernadete, usuária da Clínica)

No momento da marcação da consulta, pode-se observar a indignação da população contra o Estado que ainda não assumiu a assistência à saúde bucal como dever para com a população. O mesmo sentimento é explicitado em relação à organização do atendimento da Clínica que não tem conseguido ampliar a cobertura para um número razoável daquela população como tinha sido sua proposta inicial. Sentimentos de discriminação por esta ou aquela região do bairro afloram e fazem com que os representantes das associações de bairro, anteriormente ligadas à triagem da clínica, constantemente solicitem o retorno da participação das associações neste esquema como forma de conseguir uma distribuição mais equitativa das vagas para as diversas regiões do bairro.

"Infelizmente o que a gente tá sentindo lá (Conjunto Mariano de Abreu) é que a demanda é tão grande que o pessoal tem sentido uma discriminação com relação ao próprio pessoal de lá. Nós achamos que o número de vagas poderia ser maior. Se pudesse ampliar, o pessoal lá tem esta visão que as vagas são pouquíssimas pela demanda da região. Na verdade, quem atende neste sistema aqui é só aqui mesmo, da região leste toda. Clínica como esta que faz tudo é só esta."
(João, usuário da Clínica)

A proposta para resolver esse problema foi colocada pelos entrevistados como a ampliação dos serviços de atendimento odontológico. As reivindicações de saúde bucal como direito se traduzem como reinvicadições por serviços de saúde. O direito aqui se refere ao direito à assistência, ao acesso à atenção odontológica institucionalizada e gratuita.

> *"Hoje em dia quem ganha salário, um salário e pouco não aguenta. Eu acho que deveria ter mais médico, mais dentista. Tem que melhorar assim, chegar mais dentista, mais consultório, porque tem muita gente precisando deste tratamento. Além de ser bom demais, a gente paga a mínima coisa. Aumentar o número de funcionários para atender a população. Dentista aí fora pra você pagar não é fácil não, é difícil. É muito caro."* (Joana, usuária da Clínica)

Se a população não entende o direito à saúde para além do serviço, isto não significa sua incapacidade para exigir uma política de atenção à saúde.

> "É verdade que o seu saber é incompleto e deformado pela experiência da oferta institucional de que dispõe, mas seguramente suficiente para estabelecer um processo comunicativo que busque novas definições para o setor." (COHN et al 1991, p.10).

Parece que a partir do contato com o tratamento odontológico da Clínica São Geraldo, surge a idéia de que se esta oportunidade fosse ampliada, não haveria tanta necessidade acumulada e tanta mutilação dentária. Diante de tal avaliação, reivindicaram, durante a entrevista, serviços de atenção odontológica que tenham a mesma qualidade. Isto é, que tenham um grau de solução e eficiência que vai além da exodontia e os atributos da relação dentista/paciente vivenciada na Clínica, um tratamento que amplie a qualidade de saúde bucal.

Em sua análise sobre demanda por serviços de saúde, na periferia de São Paulo, COHN et al. observam que:

> "... há que se atentar para o fato de um determinado perfil de oferta de serviços gerar um perfil de demanda e de representações por parte da população sobre o processo saúde/doença, ao mesmo tempo que induz à busca da compreensão da relação entre carência demandada e a sua constituição em direitos." (COHN et al, 1991,p.20).

A Clínica São Geraldo poderia estar propiciando um perfil de atenção odontológica capaz de ampliar o universo de reivindicação dos seus usuários frente aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, o depoimento a seguir é bastante esclarecedor.

> *"O governo devia ajudar porque é obrigação dele também, porque a Católica manter isto tudo sozinha é muita coisa! INPS era pra ser igual aqui, tratar os dentes. Dente de adulto que tem recuperação eles arrancam. Eu acho super errado. É pago, descontado todo mês, né? O dinheiro do INPS, eles não deviam fazer. O tratamento é pago e ainda tem apoio do governo. Então eles era para poder ter a mesma capacidade de fazer o que vocês fazem com todo carinho, todo amor com a gente aqui. Chega lá aquele dente que pode ser aproveitado aqueles dentistas bruto, arrancam, eles não tão nem aí!"* (José, usuário da Clínica)

Nessa fala a reivindicação de assistência odontológica com qualidade é feita através de uma instituição que historicamente representa para os trabalhadores assalariados urbanos o órgão de assistência à saúde por excelência. A consolidação do direito à assistência odontológica se dá via contribuição percentual do salário sempre por meio de um contrato compulsório. Pelos dados revelados, a maioria dos entrevistados não apresentam uma inserção formal no mercado de trabalho e a eles lhes resta a procura de instituições filantrópicas, públicas e as chamadas clínicas "populares".

Em suas reivindicações se referem ao governo[35] como responsável pela atenção odontológica, uma obrigação do Estado que se encontra displicente com a camada da população

---

(35) Não foi explorado, na pesquisa, a que instância por níveis de governo os entrevistados estavam se referindo, executivo municipal, estadual ou federal.

à qual pertencem. Existe a concepção do Estado como provedor de equipamentos e serviços de saúde.

> *"Mas hoje em dia você vê, o governo nosso não liga pra nada. Não liga pra saúde dos pobres que não têm condição de pagar um dentista particular, um médico particular. Mas é isto mesmo, hoje em dia tudo tem fila mesmo! O que pode fazer, nê? Então tem que aguentar. Eu acho que o governo devia olhar mais pelos pobres."* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

O horário de funcionamento da Clínica por si só representa grandes restrições à clientela que pode ser atendida. Pode-se considerar esse fato como uma resistência da própria Clínica em propiciar a expansão da assistência odontológica como consta no seu projeto inicial. Seu funcionamento em horário diurno restringe, em muito, o atendimento às pessoas que têm jornadas de oito horas de trabalho diário.

> *"Meu marido tá precisando. Os dentes dele tá todo preto por dentro. Ele não tem dente estragado ainda não, abre até garrafa no dente. Mas eu tava doida que ele fizesse, pelo menos, uma limpeza. Mas ele trabalha, não pode."* (Joana, usuária da Clínica)

Os entrevistados que trabalham, mesmo não tendo carteira assinada, mas que têm um horário ou compromisso de trabalho fixo, relatam que precisam fazer verdadeira ginástica para tentar conciliar o tratamento odontológico na Clínica com suas atividades de trabalho.

> *"Eu trabalho, né? Não podia faltá ao serviço não deu pra mim. O pessoal não pode importá que eu venho aqui. Eles liga sim, porque todas as quinta-feira. Então eu costumo ter meio dia de falta, costumo até ter o dia. Até num tava querendo receber atestado mais. As vezes faço bico extra em outro serviço pra substituir."* (José, usuário da Clínica)

> *"Trabalho de balconista. Folgo nas quinta-feira. O dia que eu venho aqui, peço folga. Trago os meninos e vou na casa da mãe e almoço."* (Pedro, usuário da Clínica)

> *"Trabalho no almoxarifado do BEMGE e como tem dentista quinta-feira de manhã, trabalho na quarta-feira à noite pra compensar a quinta de manhã."* (Jorge, usuário da Clínica)

Para solução desse problema sugerem que haja maior flexibilidade de horário para as pessoas que trabalham, e que a Clínica também assuma compromisso com esse tipo de clientela.

> *"Com relação ao horário tem muita gente que não pode tratar de manhã. Então teria que ter uma conformação de todo mundo dos clientes e da escola. De acordo com a escola e com os clientes. Porque muitas vezes a pessoa necessita daquele tratamento, tá sendo ótimo pra ele, às vezes é obrigado a perder por causa do horário. Tudo isto mudaria muita coisa para a Clínica e mesmo pro cliente."* (José, usuário da Clínica)

A Clínica, enquanto atividade docente, tem como característica a prestação da atenção odontológica feita por alunos em plena aprendizagem e reforço de tarefas técnicas. Como consequência, o tempo de cada consulta se torna

demasiado prolongado. Os alunos atendem a uma média de dois a três pacientes por turno de quatro horas. Às vezes, os pacientes passam duas a três horas sendo atendidos. Além do mais, atrasos constantes nos horários marcados para consulta causam transtornos que quase impossibilitam a conciliação do atendimento na Clínica com suas atividades de trabalho.

> *" Eu acho ótimo, muito bom. A única coisa que acho aqui é o horário, né? Marca um horário, vou te contar! Igual meu menino é de nove e meia, tem dia que entra dez e meia quase onze horas. Eu tenho que esperar ele entrar para ir trabalhar. Eu trabalho no Padre Eustáquio. Tem vez que eu saio daqui chego lá atrasada, porque eu tenho que fazer almoço. Eu trabalho com uma professora e ela vem almoçar. Quinta-feira eu saio daqui numa correria doida... tenho que pegar dois ônibus, eu chego atrasada mesmo. Mas tudo compensa. Porque hoje em dia ninguém tá aguentando pagar dentista."* (Maria das Dores, usuária da Clínica)

Conseguir vaga para tratamento na Clínica não é fácil. Sair com o tratamento completado também não é. Tratamentos se arrastam através dos semestres. O tempo de freqüência médio entre os entrevistados é de três anos. Além dos retornos constantes, demandados pelo próprio tipo de produção artesanal característico do trabalho odontológico, a Clínica fecha durante mais ou menos quatro meses ao ano o que corresponde ao período de férias da Universidade. Junta-se a isto a própria complexidade dos planos de tratamento e os limites de desenvoltura para execução dos mesmos, apresentado pelos profissionais em formação.

> *"O tratamento é muito bom, mas é muito lento. Deveria ter mais horário e mais dentista, a gente perde muito tempo."* (Ricardo, usuário da Clínica)

> *"Tô muito satisfeita... graças a Deus! Porque já tinha tantos semestres eu já tava desanimando. Ai meu deus! Vai demorar mais!"* (Maria, usuária da Clínica)

A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos oferecidos pela Clínica foi bastante referida como elemento negativo da avaliação da mesma. A insegurança de passar uma noite inteira na fila, a incerteza de poder ser ou não atendido, as condições do horário de atendimento, a demora no atendimento foram levantados como obstáculos para acessibilidade efetiva aos serviços da Clínica. A estrutura organizacional de seu serviço nos moldes já comentados, oferece resistência a sua utilização, ao mesmo tempo em que essas mesmas propriedades são capazes de conformar o perfil da demanda que até ela chega.

> "... o padrão de oferta de serviços contribui para a formação das representações da clientela sobre os motivos da procura de serviços de saúde como, por essa via, incidem no desenho da própria demanda." (COHN et al.,1991,p.98).

O caráter filantrópico pelo qual a Clínica é percebida pode estar isentando-a de receber reivindicações mais contudentes como a participação de seus usuários na reestruturação de seu projeto com vistas a facilitar o

acesso aos seus serviços. O cunho assistencialista da Clínica, como as demais políticas sociais, demonstra um compromisso frágil com a população.

Porém, como afirma NUNES (1990), as carências são construídas a partir da possibilidade de atendimento: "Elas dependem de objetivações nas quais possam se encarnar, nas instituições e na própria vida social." Nesses termos, a presença da Clínica naquele bairro poderia contribuir para fundamentar a legitimação do direito à saúde bucal, muito mais do que atenuar tensões sociais ou fazer cooptação daquela população.[36]

A atuação da Clínica São Geraldo, nesse sentido, se torna importante, pois representa um serviço de atenção odontológica do qual as camadas populares quase sempre estiveram à margem. Estaria aí sua contribuição, mesmo que de uma forma restrita e localizada, para a formação da saúde bucal enquanto valor e enquanto direito a ser conquistado.

---

(36) As práticas odontológicas levadas à população das periferias dos centros urbanos, como a odontologia simplificada, foram consideradas como instrumento de alívio das tensões sociais e cooptação popular. MENDES (1985).

3.4. SAÚDE BUCAL ENQUANTO OBJETO DE REIVINDICAÇÃO

Algumas manifestações individuais como agressões verbais e, até mesmo, boicotes feitos na fechadura e a quebra da porta de entrada da Clínica já ocorreram. Atitudes que poderiam ser tomadas como atos de vandalismo, desespero ou indisciplina frente a um sofrimento como dor de dente. O indivíduo estaria partindo para ações mais "violentas" no sentido de romper com a condição em que se encontra. Mas, de outra forma, essas atitudes podem ser vistas como clara resistência à restrição ao atendimento imposta pela dinâmica de funcionamento da Clínica, expressão clara de luta pelo direito ao atendimento odontológico.

No nível coletivo, observa-se que a participação dos usuários da Clínica São Geraldo, nas associações de bairro locais, se dá de forma muito restrita. Apesar de o problema da falta de acesso à atenção odontológica ser colocado na pauta de discussão dos movimentos reivindicatórios locais, não aparece como objetivo central das ações das associações de bairro, grupo de saúde e "grupão".

Não seria de se esperar que um incômodo como a dor de dente e as suas consequências como o retraimento nas relações cotidianas e o sentimento de derrota social que atinge a tantas pessoas durante toda a sua trajetória de vida já seriam suficientes para levar a uma mobilização social no sentido de ter a saúde bucal como direito? Por que essas pessoas ainda não se articularam em torno da saúde bucal enquanto direito a ser alcançado?

A resignação frente à dor e à pobreza, muitas vezes, desautoriza colocá-la de forma direta e linear como a gênese da revolta. Não se pode negar que a forma de industrialização em nosso país acentuou a concentração de renda e que a crise econômica atual vem provocando um acentuado rebaixamento do nível de vida da população brasileira. Essa tem sido uma justificativa para análises que tentam caracterizar a origem das reações populares a partir de estímulos econômicos de escassez e privações de bens *de consumo numa visão reducionista. Assim, elimina-se* a complexidade das motivações, condutas e funções esquecem-se a *energia psíquica, tradições, tecidos e normas sociais.*

A explicação da gênese dos movimentos sociais está diretamente ligada ao conceito de carência, que, segundo NUNES(1988), vem recebendo duas formas de tratamento. A primeira estaria relacionada com as contradições urbanas provenientes do desenvolvimento do sistema capitalista que

comprometeriam a reprodução da força de trabalho. A segunda forma toma a carência como fundamento para construir a identidade da coletividade e, assim a participação nos movimento sociais.[37]

> "É a carência que define a coletividade possível, dentro da qual se constitui a coletividade efetiva dos participantes do movimento."(DURHAN,1984,p.27).

O que define um determinado grupo é a identificação dos seus participantes com as mesmas carências. Um aspecto fundamental nos movimentos sociais é a ênfase na igualdade na constituição da coletividade.

Segundo depoimento de um dos presidentes de uma das asssociações de bairro da região e que é também usuário da Clínica São Geraldo, a associação, da qual participa, apresenta tanto uma heterogeneidade das bases que a mobilizam, incluindo pequenos comerciantes, funcionários públicos, biscateiros, empregados do comércio, ambulantes e domésticas, como a heterogeneidade das reivindicações que formulam. Explica, numa fala longa, porém, muito elucidativa, os níveis de concepção de saúde/doença e os limites de atuação da associação para lidar com tais diferenças.

---

(37) Outras interpretações para o conceito de carências foram abordadas no capítulo anterior.

> *"No geral é a questão nossa lá em cima (Conjunto Mariano de Abreu), é a questão da higiene, do esgoto a céu aberto. Então nós tamos na fase ainda em alguns pontos lá no conjunto e da região aqui em umas fases bem primárias, que se a gente tivesse avançado na questão do esgoto a céu aberto, do lixo na rua a gente poderia estar avançando. Enquanto umas pessoas estão no estágio... quero dizer, dentro da própria comunidade mais avançado do que na outra. Igual na região da Rua Pires do Rio e Rita Marcelina, o pessoal lá tá lutando por uma questão de esgoto. Lá em cima todo mundo que invadiu a pedreira joga esgoto a céu aberto. Então tá voltado mais para isto esta região. Enquanto o pesssoal que já mora numa rua que está calçada já tá num estágio mais avançado. Então a gente fica lutando por uma questão desde lá de trás, que é esgoto a céu aberto, do lixo acumulado nas esquinas até o pessoal que já tem a água, luz, esgoto, calçamento ali na frente. Estas pessoas já tão nesta questão dentária, bucal e a questão das caminhadas que o pessoal está fazendo aí na Andradas. Então a gente tem lá gente que tá lutando desde as questões primárias de saneamento básico até quem já tá no outro estágio fazendo caminhada na Avenida dos Andradas, não tão preocupadas com os outros, com as questões primárias e até já tão correndo pelas pistas de cooper,né?"* (João, usuário da Clínica)

A saúde bucal, enquanto objeto capaz de mover uma ação no sentido de garantí-la enquanto direito, parece concorrer com prioridades mais básicas que estão relacionadas diretamente com a sobrevivência dos indivíduos. Parece que a existência de condições de saúde adequadas depende de um conjunto de fatores explicitados no acesso a serviços e benefícios de infra-estrutura. Assim, a saúde

Faculdade de Educação / UFMG.

bucal entra como necessidade, como objeto do desejo a ser conquistado quando as condições de sobrevivência mais elementares como trabalho, moradia alimentação, vestuário, afeto já se encontram garantidas.

> *"Eu acho tratamento de dente super importante. É uma coisa que a gente vai adiando, adiando, adiando... porque o dinheiro... de uma maneira ou de outra a gente vai colocando como supérfluo, né? Porque tem coisas mais urgentes na frente, né? Então a gente vai acabando adiando. Só na hora que começa a doer que a gente, agora tem que ir! Quem paga aluguel? Como é que arruma o dente? De que jeito? Ou ocê mora ou arruma o dente. Ocê fica com dente estragado chega uma hora que ele cai. Se você quer ter o dente bonito, fica sem lugar de morar, num tem jeito não, uai?"* (Ricardo, usuário da Clínica)

> *"Tem gente que deixa de pagar um tratamento de dente e compra uma roupa no valor do dente ou até mais. É triste demais! Porque a roupa veste e o cara não pode andar pelado. O cara pode andar banguelo mas não pode andar pelado. Porque apesar dos dentes ruins e o mau salário pelo menos eu visto uma roupinha boa... calço um sapato bom..."* (Cláudio, usuário da Clínica)

Os problemas de saúde da região não passam desapercebidos pelos grupos reivindicatórios locais. Através do grupo de saúde, em reuniões mensais, a saúde bucal é discutida de forma mais coletiva. Nesse grupo, algumas propostas foram levantadas com relação aos problemas de saúde bucal, mas nunca foram de fato implementadas.

> *"O povo hoje perdeu aquela garra que a gente tinha em 84, ir para rua e lutar por aquilo que a gente achava que era direito e hoje a gente tá no marasmo. Tudo que a gente tá tentando, tá dando uma decepção danada. Devia voltar aquela vitalidade daquele momento que a gente tinha aqui, inclusive lutar para a manutenção desta escola (Clínica São Geraldo) aqui e batalhar em cima das prioridades que a gente tinha levantado e que ficaram para trás. Tinha proposta do INPS fazer o atendimento aqui(Clínica São Geraldo), que não saiu, tinha a questão da ampliação do turno de atendimento para o turno da noite que não saiu. Então tem várias propostas aqui que a gente deveria retomar e trazer de fato para cá."* (João, usuário da Clínica)

Essa "falta de garra" para participar estaria permeada pelas condições de vida dessas pessoas que a elas impõem um cotidiano pesado frente ao trabalho e aos afazeres domésticos. A participação também é influenciada por valores como confiança e o significado atribuído à própria associação, assim como simpatia ou antipatia pelos líderes do movimento.

> *"Não participo de associação, não tenho tempo. A gente mexe o dia inteiro quando chega em casa vai mexer em casa e ainda tenho menino de 3 anos. Não participo não, eu acho que é só Deus mesmo é que vai resolvé."* (Cleuza, usuária da Clínica)

> *"Eu nunca participei. O dia que eles me convidaram eu tinha que fazer janta para marmita e tomar banho, que a gente não vai sair de qualquer maneira assim. Marmita é coisa que a gente não pode deixar de fazer."* (Rosa, usuária da Clínica)

> *"Associação é bom mas tem muita pilantragem, quando todo mundo trabalha honesto para ajudar... hoje em dia estes caras da associação só quer fazer as coisas olhando o lado deles, não olha o dos outros."* (Pedro, usuário da Clínica)

O presidente da associação de bairro do Conjunto Mariano de Abreu, que é um trabalhador da construção civil, referiu-se às condições de vida do trabalhador como limitando muito a participação na associação de bairro.

> *"Não tem condições de a gente participar do movimento comunitário, nem do movimento sindical, nem nada com a jornada de trabalho com a ida e a vinda absorve todo o tempo da gente, além do cansaço físico da gente, da profissão... a gente não trabalha com a mente, a gente trabalha com os braços mesmo, né? A única solução que eu vejo para conciliar o movimento com o trabalho é a forma autônoma."* (João, usuário da Clínica)

A gênese dos movimentos sociais não deve ser vista somente do ângulo da constituição de seus participantes e da identidade formada através das carências igualmente sentidas. Coloca-se com grande importância a análise de sua interação com outros interlocutores do ponto de vista do poder e de outros agentes políticos no cenário público. O reconhecimento social é importante na conformação de sua

identidade e no desenvolvimento de suas ações. Na sua forma externa, ou melhor, voltados "para fora", os movimentos sociais cumprem um papel social de estabelecer novos canais de comunicação dos indivíduos com a sociedade e o poder público. (DURHAM, 1984).

A noção de bem público, de direito, "na mesma medida em que está sujeito à obdiência, estabelece reciprocidade na relação e limites para o poder." (NUNES,1990,p.69).

> "Cada sociedade desenvolve noções precisas de obrigações mútuas cujo rompimento acarreta a indignação moral e o sentimento de injustiça."(NUNES,1990,p.69).

O constituir-se sujeito de uma ação coletiva teria como fundamento as experiências vividas e que ficaram plasmadas em certas representações que delas emergiram e se tornaram formas de o grupo se identificar, reconhecer seus objetivos, seus inimigos e reconhecer o mundo que o envolve. Assim, a passagem pelo processo de carência sentida para a legitimidade de direito e a ação que opera dentro dos movimentos sociais pode ser vista como amplo processo de revisão e redefinição do próprio sujeito dessa ação.

> "Nos movimentos sociais, de modo geral, a passagem do reconhecimento da carência para a formulação da reivindicação é mediada pela afirmação de um direito ... a transformação de necessidade e carência em direitos, que se opera dentro dos movimentos sociais, pode ser vista como um amplo processo de revisão e redefinição do espaço de cidadania."(DURHAN, 1984, p.29).

Idéias e valores morais seriam insuficientes para guiar a determinação das carências, "elas dependem de objetivações nas quais possam se encarnar, nas intituições e na própria vida social." (NUNES, 1990, p.90).

Poder-se-ia supor que a presença das instituições prestadoras de serviços de saúde, como é também o caso da Clínica São Geraldo, desempenha um papel importante e acaba por influenciar a opção por valores e carências, ainda que não de forma absoluta.

CONCLUSÃO

Procurou-se, nesse trabalho, analisar a construção das necessidades de saúde bucal a partir do ponto de vista dos vários atores sociais, professores, atendentes e usuários envolvidos na proposta de atenção odontológica da Clínica São Geraldo.

Com base nos depoimentos dos usuários entrevistados, foi possível perceber que a constituição da saúde bucal como uma necessidade está relacionada a valores que foram construídos e reconstruídos dentro de suas relações sociais de existência.

Pode-se observar que a construção do valor saúde bucal, não é uma questão que pode ser resumida ao nível de instrução ou ignorância dos indivíduos. A construção da saúde bucal enquanto valor, está relacionada à conquista dos direitos sociais, a condições dignas de vida, trabalho, moradia e ao acesso aos serviços de assistência odontológica de boa qualidade.

Circunstâncias como migração, trabalho contribuiram para que os entrevistados tivessem uma nova dimensão do corpo, expressa pelas novas necessidades de inserção social. A inserção no meio urbano e no trabalho coloca o indivíduo das classes populares frente a novas

relações sociais em que o corpo culturalizado assume papel fundamental no seu reconhecimento.

A vida na cidade e as oportunidades de trabalho ao mesmo tempo que possibilitaram o contato com novos hábitos e culturas com relação aos cuidados com o corpo não garantiram concretamente sua realização. A vida limitada pelas precárias condições de existência faz com que a concretização de melhores níveis de saúde bucal seja freada. Os trabalhadores urbanos amontoados na periferia, como é o caso do bairro São Geraldo, demonstram uma possibilidade reduzida de se projetarem como homens livres e cidadãos autônomos, pois as necessidade mínimas de sua existência e de sua família não estão sendo conseguidas, freando as possibilidades de concretização de melhores qualidades de saúde bucal.

A saúde bucal, enquanto necessidade, se articula diretamente com a ampliação da cidadania política e social. A demanda por saúde bucal parece concorrer com questões que estão relacionadas diretamente com a sobrevivência das pessoas. Parece que a saúde bucal se torna necessidade quando um nível mínimo de sobrevivência e cidadania já foram conquistados. As oportunidades ou circunstâncias de melhora social parecem que são fundamentais para o aparecimento desse tipo de carência.

Faculdade de Educação / UFMG

Os direitos se materializam nos serviços que têm um caráter pedagógico capaz de influenciar nas representações sobre a saúde/doença bucal assim como nas demandas odontológicas. A inexistência de serviços públicos odontológicos de qualidade, além da falta das garantias básicas de cidadania, parece contribuir para a lenta educação da população para a saúde bucal.

Diante do quadro de mutilação dentária e precariedade da saúde bucal em que se encontram as classes populares, seria possível construir novos valores de saúde bucal sem a garantia de condições dignas de existência humana e de acesso aos serviços odontológicos?

A educação para a saúde bucal não poderia ser vista no limite das práticas pedagógicas que tentam formar "boas consciências". A educação para saúde bucal, hoje no Brasil, além de garantias mínimas de moradia, trabalho, salário, lazer, educação que permitam estágios mais avançados de cidadania, passa pela necessidade de garantir o acesso aos serviços de assistência odontológica de boa qualidade, acesso aos avanços científicos e tecnológicos da prática odontológica tanto no campo da prevenção de doenças, como cárie e doença periodontal, como através de ações reabilitadoras.

A elevação dos níveis de saúde bucal da população passa, entre outras coisas, pela criação de uma rede de atenção odontológica capaz de reabilitar os incapacitados dentais e contribuir para a promoção da saúde bucal. A ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços odontológicos constitui um direito elementar de cidadania. O direito à saúde bucal, dever do Estado colocado na Constituição, não tem bastado para que isso se concretize. Os cidadãos brasileiros, na sua maioria, não conseguiram ainda ser cidadãos de corpo inteiro.

A Clínica São Geraldo, enquanto instituição de prestação de assistência odontológica, parece que vem contribuindo, mesmo que de forma limitada, para a construção de novos valores de saúde bucal para seus usuários. Algumas considerações, porém, merecem destaque.

Observou-se que a percepção das necessidades de saúde bucal é distinta entre porfessores, planejadores do trabalho da Clínica e a população usuária daquele serviço.

A interpretação da necessidade de saúde bucal dada pelos planejadores do trabalho de atenção odontológica realizado naquele local, na maioria das vezes, a colocava como consequência automática das privações dos bens de consumo coletivo, entre eles a assistência odontológica à qual a população daquele bairro estava submetida.

As várias reformulações das propostas de atenção odontológica da Clínica tiveram como causa a expectativa não correspondida de democratização da atenção odontológica como foi previsto no projeto inicial. Nos vários modelos adotados pode-se observar que os usuários da Clínica foram, a princípio, considerados como objetos passíveis da intervenção odontológica.

Quando a proposta de Odontologia Simplificada da Clínica era considerada pelos seus idealizadores como um projeto avançado, para a população usuária da Clínica, poderia ter um caráter conservador. Pois os limites das intervenções odontológicas estavam muito próximos das ofertas dos serviços públicos ou privados aos quais aqueles indivíduos tinham acesso e eram incapazes de restabelecer e manter melhores níveis de saúde bucal. Talvez por isso, tenham sido insuficientes para fazer modificar suas representações de saúde/doença bucal.

A proposta foi considerada pelos profissionais que atuavam na Clínica como mais "conservadora", quando se passou a executar tarefas com maior grau de complexidade, utilizando-se de técnicas, que durante o tempo da odontologia simplificada, eram consideradas sofisticadas. Para os usuários, tavez, tenha sido a característica mais avançada, pois os procedimentos odontológicos adotados possibilitaram reabilitar suas arcadas.

No momento em que as atividades assistenciais da Clínica ampliam seu universo de intervenção conseguem promover nos seus usuários um outro nível de saúde bucal, dentro da integralidade e complexidade da atenção odontológica. Parece que esse é um elemento capaz de quebrar valores advindos de experiências passadas. Assim, tem-se um caráter pedagógico de contribuição para a construção do valor saúde bucal. Pode-se, então, pensar que este tipo de atendimento propicia aos seus usuários ganhos enquanto cidadãos de direitos e melhores oportunidades no seu trânsito social.

Não se deve, contudo, negar o valor da existência da prática de Odontologia Simplificada, principalmente, porque foi através de seus pressupostos que, clínicas como a Clínica São Geraldo chegaram até as camadas populares que vivem nas áreas periféricas da cidade.

Nesse sentido, mais do que alíviar os conflitos sociais gerados pelas assimetrias sociais, contribuir para a reprodução da força de trabalho, favorer o acúmulo de capitais, a Clínica estaria contribuindo para influenciar, mesmo que dentro de seu universo bem restrito, a construção do direito à saúde bucal.

Parece que ao longo da trajetória da experiência de atendimento odontológico da Clínica São Geraldo, a dicotomia inicilmente colocada, de ser uma prática "mais social", que se opunha a uma prática "mais cientificista", foi se diluindo. A aproximação desses polos surgiu como uma necessidade de resolver com qualidade e eficiência os problemas de saúde bucal daquela população.

Pode-se observar neste trabalho, que as características da prática odontológica também funcionam como elementos importantes na construção de novos valores de saúde bucal. Acredita-se que a experiência da Clínica São Geraldo seja de grande valia para que os docentes do DO PUC-MG façam uma reflexão sobre qual é o atual compromisso dessa escola com a formação de Cirurgião Dentista com perfil capaz de enfrentar o grave quadro de saúde bucal brasileiro.

Não se deve pensar num processo educativo que separe o homem de sua realidade concreta de vida. Não se deve pensar num homem isolado, criando sua consciência nem tampouco pensar no mundo sem o homem capaz de transformá-lo.

* * *

Ao concluir esse trabalho, deparo-me com uma situação que mostra um fragil compromisso existente entre a Clínica São Geraldo e os moradores daquele bairro. Diante da séria crise financeira por que passa a PUC-MG e a possibilidade de regionalização de todas as clínicas extra-muros em torno do campus da Universidade, a direção do Departamento considera que é necessária a saída da Universidade daquele espaço. Por outro lado, a igreja local reivindica o espaço físico da Clínica para que possa levar seu trabalho religioso espiritual. Existem atualmente fortes indícios de que não mais existirá a prestação da assistência odontológica naquele local. Os usuários e associação de bairro vêm tentando a permanência da Clínica, com pouco sucesso.

RÉSUMÉ

Cette étude a voulu interpréter l'éducation en santé bucale outre les horizons des practiques pédagogiques qui se dirigent vers l'instruction et l'information sur les aspects de l'hygiène corporelle. On se proposa de comprendre la construction de l'exigence de la santé bucale dans le procès général et, plus encore, de formation humaine. Les conditions de santé bucale les plus incertaines et la mutilation dentaire, souvent observées chez les individus des classes populaires, nous semblent insuffisantes pour produire un mouvement de revendication pour s'en assurer. On a eu la prétention d'exploiter la présente question dans le plan des valeurs de référence des usagers de la Clinique Odontologique "São Geraldo", qui est liée au "Departamento de Odontologia da PUC-MG." Et pour cela, on a utilisé une méthodologie de l'investigation qui a privilegié les acteurs sociaux dans la prestation des services odontologiques de la Clinique. A partir de l'analyse de l'espérience du travail réalisé dans la clinique et de son rapport avec la communauté du quartier "São Geraldo", il a été possible de construire l' histoire de ses propositions d'action dès sa fondation jusqu'à 1990. On a vu que le but, qu'on a toujours poursuivi, a été l'expantion du service odontologique et l' amélioration de la qualité de la santé bucale de la population qui habite ce quartier. Malgré ne pas avoir complètement accompli le but qu'on s'est proposé, le travail dans la Clinique "São Geraldo", avec ses limitations, nous semble avoir donné à ses usagers d'autres représentations sur la santé/maladie bucale. Atravers l'analyse du contenu des vingt interviews réalisées avec les usagers de la Clinique, on peut voir que la santé bucale nous apparaît comme un besoin, étant donné que des garanties minimums de survivance, ont déjà été conquises. La lutte pour le droit à la santé bucale nous paraît concourir avec d'autres besoins qu'on considère les plus importants. Pour les interviewés, la représentation de la santé/maladie s'articule avec la complexe imbrication entre le travail, l'habitation, la famille, l'amour, la vie et la mort. On a observé que la valuer santé bucale se limite à la dimension du niveau de l'instruction des interviewés. La santé bucale s'arange comme un des besoin au sein des condition matérielles et socio-cultulles de l' existence de ces individus.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDERSON, Perry. Estrutura e sujeito. In: **A crise da crise do marxismo; introdução a um debate contemporâneo.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 37-64

ARROYO, Miguel G. Educação e exclusão da cidadania. In: **Educação e cidadania: quem educa o cidadão?.** São Paulo: Cortez, 1987. p.31-80

_____.Revendo os vínculos entre trabalho e educação: elementos materias da formação humana. In: SILVA, Tomas (org). **Trabalho, educação e prática social: por uma teoria da formação humana.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.163-216

BARBOSA, Célia M. et al. A Odontologia dentro do contexto saúde no Brasil. **Revista Gaúcha de Odontologia.**Porto Alegre, v. 38, n.2, p.147-150, mar/abr 1990.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1988. 225p.

BERGER, Peter L e LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade.** 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

BERND, Bárbara et al. Percepção popular sobre saúde bucal:o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate,** Londrina, n 34, p.33-39, 1992.

BODSTEIN, Regina C. A. e FONSECA, Cristina M. O. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N. R., MINAYO, M. C., RAMOS, C. L., SOTOTZ, E. D. (orgs). **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989, p.67-90.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal,1989.

Faculdade de Educação / UFMG

BORGES, Sherine Maria Njaime, ATIE, Eliana. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N.R., RAMOS, C.L., MINAYO, M.C.S., STOTZ, E.D. (orgs). **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis: Vozes. Abrasco, 1989. p.165-184.

BORNHEIM, Gerard. **A introdução ao filosofar; o pensamento filosófico em bases existenciais.** 6. ed. Porto Alegre. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Lisboa: Difel, 1989. 313p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Fundação de Saúde Pública. Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Brasil, Zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1988. 137p.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990. 307p.

CARDOSO, Ruth. Aventuras de Antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método In: CARDOSO, R. (org). **A aventura antropológica.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p.95-105

CARVALHO, José Murilo. **Os bestializados; o Rio de Janeiro e a República que não foi.** 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 196p.

CHAUI, Marilena. **Conformismo e resistência; aspectos da cultura popular no Brasil.** 2.ed. São Paulo: brasiliense, 1986. 179p.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo: Brasiliense, 1983. 274p.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

COSTA, Jurandi Freire. **Ordem médica e norma familiar.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282p.

CUNHA, Sales. **História da odontologia no Brasil, 1500-1900.** 2.ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952. 288p.

CASTILHO, Willian Pereira. **O adoecer psíquico do subproletariado.** Belo Horizonte: Segrac, 1990. 253p.

CINOTTI, William R. e GRIEDER, Athur. **Psicologia aplicada en odontologia.** Trad. Horácio Martinez. Buenos Aires: Editorial Mundi, 1970

DEJOURS, Cristophe. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, 1986.

DEMO, Pedro. **Participação comunitária em políticas públicas.** Brasília: mimeo. IPLAN, 1988.

DURHAM, Eunice R. **A caminho da cidade.** São Paulo: Perspectiva, 1973. 249p.

_____ . A construção da cidadania. In: **Novos estudos CEBRAP.** n. 10, p.24-30, 1984.

DONNANGELO, M. C. e PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

ENGUITA, Mariano Fernández. **Trabajo, escuela e ideologia.** Madrid: Akal, 1985. 393p.

FERREIRA, Arlindo Gonçalves et al. **Processo saúde/doença: uma percepção popular.** Belo Horizonte: mimeo, Universidade Católica de Minas Gerais, 1987. 38p.

FERREIRA, Aurélio Buarque H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Lúcia Maria Horta. **Depois que forma muda; estudo da relação médico-paciente no âmbito da prática docente-assistencial.** UFMG, Belo Horizonte, 1992. Tese (Mestrado em Educação). Belo Horizonte: FAE/UFMG, 1992.

FOUCALT, Michael. **Microfísica do Poder.** 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 285p.

_____ . **O nascimento da clínica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 241p.

FREIDSON, Eliot. **La profesión medica: um estudio de sociologia del conocimento aplicado.** Barcelona: Ediciones Península, 1978. 373p.

GOMEZ, Carlos Minayo et al. **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador.** São Paulo: Cortez 1987. p.13-26.

GONÇALVES, Dulce H. A., PAIVA, Saul M. e PÉRET, Luis R. Promoção de saúde bucal: programa implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n.37, p.36. 1993.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Políticas e instituições de saúde: o vivido, o percebido e o representado.** Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1992. Tese (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1989. 121p.

HERZLICH, Claudine. "La Représentation Sociale". In: MOSCOVICI, Sege. (org.) **Introduction à la Psychologie Sociale.** Paris: Larousse, 1972. p. 303-325

JACOBI, Pedro Roberto. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: COSTA, N. R., RAMOS, C.L. MINAYO, M. C. S., SOTOTZ, E. D. (orgs). **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópoles: Vozes-Abrasco, 1989, p.13-35.

JODELETE, Denise (org). **Représentations Sociales: un domaine en expansion.** Paris: PUF, 1987.

KOWARICK, Lúcio. Movimentos urbanos no Brasil contemporâneo: uma análise da literatura. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.1, n.3, p.38-50, fev/87.

LANDMANN, Jayme. **A outra face da medicina, um estudo das ideologias médicas.** Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

LOUREIRO, C. Alfredo e OLIVEIRA, F.J. **Linhas gerais para uma proposta de mudança do modelo de atenção em saúde bucal para a prefeitura de Belo Horizonte, programa frente BH popular.** Belo Horizonte: mimeo, 1992

LUZ T. Madel. **Natural , racional, social, razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma.** Rio de Janeiro: Graal. 1978. 559p.

MADEIRA, Margot. **Representações sociais: pressupostos e implicações.** João Pessoa: mimeo. Universidade Federal da Paraíba, 1990.

MANFREDINI, Marco A. et al. Seriedade já. **Revista saúde em Debate**, Londrina, n 36, p.95, 1992.

MARTINS, Evanilde M. et al. **Os profissionais de saúde e a participação popular diante dos programas de saúde comunitária.** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Belo Horizonte:mimeo. PUC/MG, 1987. 24p.

MEIRA, Antônio José. **O modelo de atenção odontológica simplificada a escolares.** Belo Horizonte: SES(FINEP)/ PUC-MG, 1985.

MENDES, Eugênio V. **Evolução da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas.** Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985

_____. e MARCOS, Badeia. **Odontologia integral; bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas.** Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP,1985.

MARX, Karl. **O capital.** 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v.1.

MINAYO, Maria Cecilia Souza. Na dor do corpo o grito da vida. In: COSTA, N.R. et al (orgs). **Demandas populares, políticas públicas de saúde.** Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1989, p.75-101.

_____ . **O desafio do conhecimento:** metodologia de pesquisa social (quantitativa) em saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1989. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz,1989. 366p.

MOORE Júnior, Barrington. **Injustiça: as bases sociais da obdiência e da revolta.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

MOSCOVICI, Serge. A representação social: um conceito perdido? In:- **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979. p41-81.

NOSELLA, Paolo. **A modernização da produção e da escola no Brasil; estigma da relação escravocrata.** São Carlos: mimeo. UFSC, 1992. 34p.

NUNES, Edson. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. In: **Sua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.17, p. 67-91, jun.1990.

OLIVEIRA, Maria de Fátima J. e ABUQUERQUE, Ademir José. Participação popular e prática odontológica em serviço público de saúde: uma experiência. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n 37, p.36, 1993.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo.** 3 ed. Rio de Janeiro: 1983. 173p.

SADER, Eder e PAOLI, Maria Célia. Sobre as classes populares no pensamento sociológico brasileiro. In: CARDOSO, Ruth (org). **A aventura antropológica.** 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

_____ . **Quando novos personagens entraram em cena.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Luciano Elói. **O discurso popular em odontologia.** Belo Horizonte: mimeo. Universidade Católica de Minas Gerais, 1981. 71p.

SANTIAGO, Mônica de Oliveira. **Avaliação das atividades clínicas realizadas na clínica São Geraldo DO PUC-MG em 7 anos de funcionamento; 1 semestre de 1978 a 2 semestre de 1984.** Belo Horizonte: mimeo. PUC/MG, 1991, 53p.

SEGER, Liliana. **Psicologia e odontologia; uma abordagem integradora.** São Paulo: Santos, 1988.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**, 15. ed. São Paulo: Autores Associados, 1989. 238p.

SILVA, Augusto Santos. A Ruptura com o Senso Comum nas Ciências Sociais. IN:__, PINTO, J.M. (org.). **Metodologia das Ciências Sociais.** Porto: Afrontamento, 1987. p.29-53

SILVA, Léa Melo da, coord. **A mulher e a saúde.** Belo Horizonte: UFMG/ Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher, 1988. 119p.

SILVA, Machado L. A. **Para repensar o paradigma dos movimentos sociais urbanos.** In: X ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 10 Campos do Jordão, 1986. Campos do Jordão.

SOBRINHO, Délcio da Fonseca. **Primeira história da medicina simplificada no Brasil.** Departamento de Ciências Políticas da UFMG, Belo Horizonte 1984. Tese (Mestrado). Belo Horizonte: DCP/UFMG, 1984.

SOMARRIBA, Maria das Mercês G. **Participação popular e distrito sanitário.** Brasília: OPS, 1988. 53p

SOUZA, Lúcia de. A saúde e a doença no dia-a-dia do povo. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n.77 p.18-29, jan./fev. 1982.

SPINK, Mary Janes Paris. **As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área de saúde.** Aula ministrada durante o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso de Saúde Pública. São Paulo, julho de 1989. mimeo

TELLES, Vera da S. Movimentos sociais: reflexos sobre a experiência dos anos 70. In: SCHERRER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, Paulo (org). **Uma revolução no cotidiano?**. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 54-85.

TORRES, Inácio A. Odontologia Social: obstáculo, prioridades e perspectivas. **Ciência Cultura Saúde.** João Pessoa: v.7, n.3, p. 64-67, jul./set., 1985.

THIOLLENT, Michael J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** 5.ed. São Paulo: Polis, 1987.

THOMPSON, E.P. La economia "moral" de la multitud en la Inglaterra del siglo XVIII In: **Tradicion, revuelta y consciência de classe**- Estudios sobre la crises de la sociedad pré-industrial. Barcelona: Crítica, 1979.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **A medicina e o pobre: vivências e reflexões de uma experiência.** Belo Horizonte, Faculdade de Educação da UFMG, 1986. Tese (Mestrado). Belo Horizonte: FAE/UFMG,1986.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1989. 139p.

VERSIANI, Antônio I. Athaide et al. **Estudo sobre clínicas populares.** Belo Horizonte: mimeo, Universidade Católica de Minas Gerais, 1981, 50p.

Faculdade de Educação / UFMG

DOAÇÃO
De: MESTRADO - FAE
Em: 25 | 01 | 94