Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

(DE) FORMAÇÃO ECONÔMICO-SOCIAL: POR ONDE ANDOU E POR ONDE ANDA A ATENÇÃO PÚBLICA EM ODONTOLOGIA?

SOCIO-ECONOMIC (DE)FORMATION: WHERE HAS IT GONE THROUGH AND WHERE IS THE PUBLIC ATTENTION IN DENTISTRY?

Thiago Bernardes Nunes[1]
Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima[2]

RESUMO - Este manuscrito analisa o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral de produtores de bens em pedra, em Camboriú, SC, Brasil. Ergue-se uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva, do tipo história oral-oral e análise dialética. Deste percurso, brota a categoria analítica: "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios". Argumenta-se que a transformação do real, neste contexto estudado, se deu por meio de relações de hegemonia e que a emergência de uma odontologia regulamentada, em face da formação econômico-social sobre a qual ela se edificou, não representou um valor democrático. Hegemonia que atravessa a atenção pública em saúde e o agir odontológico nacional, privilegiando grupos etários em detrimento à comunidade economicamente ativa. Práticas alternativas de cuidado irrompem da população estudada diante da ausênciaestatal.

Palavras-chave: Mudança social. Odontologia. História. Saúde coletiva. Lacunas da prática profissional.

ABSTRACT - This manuscript analyzes how the transformation of the reality had been imposed on the work, generating experiences in the oral condition of stone's good producers, Camboriú, SC, Brazil. A qualitative research is raised, in a oral-oral history

[1]Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI. E-mail: thiago.nunes@msn.com
[2] Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, SC. Professora e pesquisadora, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, SC.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

type and dialectical analysis. From this path, the analytical category born: "There are no offices without stones, but there a e stones without offices". It is argued that the transformation of the reality has occurred through relations of hegemony and that the emergence of a regulated dentistry, in the face of the economic-social formation on which it was built, did not represent a democratic value. Hegemony that crosses the public attention in health and the dental action, privileging age groups to the detriment of the economically active community. Alternative practices of care erupt from the studied population in the face of state absence.

Keywords: Social change. Dentistry. History. Public health. Professional practice gaps.

INTRODUÇÃO

Formação econômico-social (FES) é a categoria cunhada pelo materialismo histórico para representar o processo histórico-material da sociedade. O substantivo formação denota que se trata de uma categoria dinâmica, em movimento, uma ação, um processo em construção. O econômico reflete a produção da materialidade, oriunda do modelo produtivo do modo de produção de bens de uma determinada sociedade e seus indivíduos constituintes, indicando que a formação da sociedade se dá, principalmente, em torno das relações de produção que determinado modo de produção carrega. O social, por sua vez, diz respeito à sociedade, nela contida a espécie humana (SERENI, 2013).

Esta categoria pode ser estudada a partir de dois eixos articuladores: o eixo de relação com a propriedade e o eixo da divisão social do trabalho (ROSA, 2015). No âmbito da formação econômico-social capitalista, o primeiro eixo dialoga com a propriedade privada. Sendo privada e não distribuída a todos os seus integrantes, esta relação se dá “entre proprietários e não-proprietários” e dirige-se para a produção de mercadorias, acarretando numa “estrutura social de classes sociais que comandará o processo global da formação econômico-social” (MOREIRA, 1982, p. 26). Assim, a estrutura de classes introduz ao sistema produtivo e da vida “contradições insuperáveis e antagonismos inelutáveis” (ROSA, 2015, p. 101) caso não sejam modificadas as relações com a propriedade (MARX e HOBSBAWM, 1972).

O segundo eixo articulador de uma FES é a sua divisão social do trabalho que, quanto mais especializada, mais pluraliza suas necessidades. Esta divisão é fruto das escolhas do processo civilizatório que, continuamente, opta por dividir as tarefas vitais,

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

no sentido de que cada ente humano se torne um especialista numa determinada tarefa (MARX, 2016). Do estudo deste eixo, pode-se extrair que o passar do tempo se encarrega de aprofundar as especialidades do trabalho, criando necessidades antes não sentidas. Perante e pelo desenvolvimento civilizatório dirigido pela formação econômico-social capitalista, profissões se foram, profissões se encontram em vias de extinção e profissões emergem das novas necessidades.

O estudo deste manuscrito objetiva analisar, em um município do sul do Brasil, o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra, sem limitar as relações sociais apenas às de produção, mas destacando-as como vital para a reprodução da espécie. Para tanto, entrelaça-se histórico-concretamente duas atividades locais do rol da divisão social do trabalho: a de produtores de bens de pedras, que trabalham interagindo com pessoas e rochas, como os broqueiros, puxadores e calceteiros; e a de cirurgiões-dentistas, que trabalham interagindo com pessoas e seus sistemas estomatológicos. Esta interlocução se dará sobre relatos de trabalhadores de bens e pedra do município eleito para o estudo.

Na perspectiva aqui assumida, a emergência de novas necessidades geradas pelo processo civilizatório, comandado pela formação econômico-social capitalista, atribuiu aos produtores de bens de pedras a condição de profissional em vias de extinção e aos cirurgiões-dentistas a de profissional emergente. Argumenta-se que a transformação do real, neste contexto estudado, se deu por meio de relações de hegemonia e que a emergência de uma odontologia regulamentada, em face da FES sobre a qual ela se edificou, não representou um valor democrático (COUTINHO, 1979).

A análise empreendida foi ético política, de cunho dialético, ancorada no modelo humanístico de análise do real, liderado por A. Gramsci e intitulado método de análise do *posto che*, por meio do qual analisa-se a historicidade do objeto e suas indagações contraditórias (MANACORDA, 2012).

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem compreensiva do tipo história oral-oral e análise dialética, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

do Vale do Itajaí, sob o número 1.713.341, em consonância com as determinações da Resolução MS/CNS nº 466/2013.

A estratégia eleita para o estudo foi história oral, "uma história do tempo presente, [que] implica uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado"(ICHIKAWA, 2003, p. 2). Esta estratégia permite "compreender a permanência dos fatos e das determinações e, de outro, escutar o que sobre eles as pessoas têm a dizer" (MINAYO, 2010, p. 154). Optou-se por apresentá-la com o atributo duplicado, dada à especificidade do estudo: analisar, a partir da história oral narrada, o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra.

A pesquisa foi realizada em Camboriú, SC, Brasil, no período 2016-2017, com produtores de bens sociais extraídos das rochas deste município. As fontes de dados utilizadas foram: o próprio contexto e os produtores-trabalhadores.

Espaço da pesquisa

Camboriú localiza-se na Microrregião da Foz do Rio Itajaí, no estado de Santa Catarina. Com uma população estimada em 76.592 habitantes (62.361 pelo Censo 2010), tem como municípios limítrofes Itajaí, Balneário Camboriú, Itapema, Porto Belo, Tijucas, Canelinha e Brusque (BRASIL, 2017; AMFRI, 2017).

Em perspectiva histórica, vê que seus moradores originais eram tupis-guaranis, do tipo carijós, e que a localidade não possui pavimentações ou edificações construídas com pedras no período anterior à invasão européia (SACHET e SACHET, 1997).

Como colônia portuguesa desde a invasão de 1500, Camboriú reúne habitantes europeus no século XVIII e recebe colonizadores no século XIX. Os anos passam e a cultura da mandioca estimula a economia local. Pouco depois, a localidade estabelece-se como Distrito por Lei Provincial (1849), passos pregressos para sua institucionalização oficial como Município de Camboriú por Lei Provincial do Governador (1884) (REBELO, 1997; CORREA, 2016).

A vida e a política macroeconômica do povo colonizador, diferente do povo originário, constituem-se, dentre outros elementos, pela produção excedente de mercadorias e negociações. Assim, a terra, agora Camboriú, torna-se produtora de mandioca, café e algodão, em nível estadual. Na mesma época, na transição do século XIX para o as primeiras décadas do século XX, inicia-se a especulação e a exploração de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

rochas em e de Camboriú, especialmente jazidas de mármore e granito em matacão, possibilitadas pela especialização autodidata de moradores (REBELO, 1997).

Já em 1950, a população das terras camboriuenses, hoje compreendida pelos municípios de Camboriú e Balneário Camboriú, era de 9.248 habitantes. Destes, 1.835 eram urbanos. A chegada da luz elétrica acontece na mesma década (REBELO, 1997).

O final da década de 1950 dá a largada e os primeiros anos de 1960 terminam por extrair as terras de Camboriú que dão acesso ao Oceano Atlântico. Via Decreto aprovado pela Câmara de Vereadores, nasce o Distrito da Praia (1959). Quatro anos depois, há uma tentativa de separação desde recém-criado Distrito, impedida pela Câmara de Vereadores (1963) numa apertada votação de 4 a 3. Em nova investida, um vereador apresenta novo projeto. O placar se inverte e o legislativo aprova, em fevereiro de 1964, por 5 a 2, a emancipação do Distrito. Ratificada por Lei Estadual em abril e num Decreto em junho, em 20 de julho de 1964 é instalado oficialmente o município de Balneário Camboriú (REBELO, 1997; PEREIRA, 2003). Dali para frente, Camboriú continua sendo uma cidade do litoral catarinense, porém, sem o mar.

Mercadorias dos produtores broqueiros criam-se desde o início do século XX até hoje (2017), contribuindo no desenvolvimento regional: importante atividade para a cidade, que "já teve na extração de pedras sua principal fonte de renda" (MENDES, 2014, p. 104). Broqueiros são pessoas que trabalham com rochas, extraindo-as da natureza e realizando os cortes necessários por suas habilidades intelectual e manual, através de instrumentos como cunhas, escopos e marretas.

Mesmo em meio aos avanços tecnológicos e o surgimento de outros materiais (asfalto e lajota de concreto), as mercadorias oriundas do trabalho de broqueiros e suas famílias forneceram e continuam fornecendo material para obras públicas e privadas de pavimentação: os paralelepípedos de pedra (REBELO, 1997; CORREA, 2016).

No território de Camboriú, SC, Brasil, existem no Sistema Único de Saúde (SUS) onze (11) Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal, de acordo com contato estabelecido entre pesquisador e assessoria de imprensa da Prefeitura local em junho de 2017. Além da rede pública, há consultórios odontológicos privados.

Exploração do campo e entrevistas-narrativas

Elegeu-se como primeiro movimento o reconhecimento do contexto, nomeada por Minayo (2010) como etapa exploratória. Optou-se por percorrer a cidade, em automóvel

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

próprio, alcançando os espaços de trabalho de produtores de bens de pedras. Nesta incursão pela cidade, foi possível agregar um informante-chave (FERNANDES, 2011). Neste diálogo, posteriormente registrado em áudio, captou-se informações sobre locais de trabalho com rochas.

No momento seguinte, ainda exploratório, visitou-se os locais indicados em que se produzem mercadorias a partir das rochas: pedreiras de granito (de matacão e britagem) e mármore, um comércio de pedras (paralelepípedos e demais), e um galpão de corte de pedras localizados em beiras de ruas de terrenos particulares (similar ao do informante-chave). Acompanhou-se, também, *in loco* um transporte de pedras de Camboriú à Itajaí (cidade vizinha), de caminhão-caçamba. Essas visitas exploratórias geraram novos informantes-chaves e, por consequência, maiores descrições sobre o contexto da produção de bens e pedra.

De posse do material transcrito, elegeu-se as pessoas que seriam convidadas para participar do estudo: trabalhadores-produtores de bens em pedra sob medida, aqueles que atuam no trajeto de construção da mercadoria-pavimentação (bem social) com paralelepípedos, considerando que se havia constatado que a maior massa de trabalhadores é a dos que interagem com os granitos para finalidades de pavimentação por paralelepípedos.

A etapa de seleção dos participantes para as entrevistas foi por meio da técnica bola de neve, que se vale de uma rede de amizades através de indicações oriundas dos próprios trabalhadores, onde novos sujeitos para a pesquisa surgem via apontamento interno dos membros da cadeira produtiva. O pontapé inicial é dado com a eleição de sementes (onda zero) que ficam encarregadas de indicarem os próximos sujeitos (“filhos” das sementes, criando novas ondas). As indicações advêm ao final de cada entrevista. Apesar da técnica permitir mais indicações, para este estudo foi solicitado que cada semente e cada “filho” indicasse apenas um novo membro (DEWES, 2013).

Para formação das ondas foi definida a quantidade de quatro (4) sementes. Através de um pensamento de engenharia reversa do contexto da mercadoria-pavimentação, foi possível entender que três grupos de trabalhadores são necessários para execução da obra: broqueiros, transportadores e colocadores de pedra. Para a categoria de broqueiros, foram dedicadas duas sementes, por considerar esta atividade como *primus* de extração da matéria bruta rocha. Assim, o conjunto “onda zero” contém quatro pessoas-sementes: duas de cortadores, uma de transportadores e uma de colocadores. Ou seja, a onda zero de quatro sementes gerou outras três ondas, portanto, dezesseis (16) sujeitos compuseram o universo de participantes.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O instrumento de coleta de dados utilizado foi entrevista-narrativa, por se tratar daquela que possibilita "narrar o vivido ou passar ao outro sua experiência de vida", tornando "a vivência que é finita e infinita fundamental para a construção da noção de coletivo" (MUYLAERT, 2014, p. 194). As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semi-estruturado (MANZINI, 2004) guiado pelo seguinte problema: como vai a sua boca e qual a história dela? Um gravador de voz registrou as falas, posteriormente transcritas através da escuta dos arquivos de áudio gerados.

Para fins de definição de um critério de inclusão de participantes que equilibrasse um universo de sujeitos formado por trabalhadores de mais idade (hegemônicos) e por trabalhadores mais novos chegaram-se ao número trinta (30). A pesquisa incluiu, portanto, pessoas com 30 ou mais anos de envolvimento com o trabalho de produzir bens em pedra em Camboriú, SC, Brasil, para buscar a história oral contada pela oralidade do sujeito, tendo como objeto os atravessamentos impostos pelo real.

Assumiu-se também, como ponto de saturação paralisar as ondas da bola de neve quando os novos entrevistados passaram a repetir os conteúdos já atingidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994).

A pesquisa foi realizada na casa das pessoas e/ou no local de trabalho, no período compreendido entre novembro de 2016 e janeiro de 2017. O material coletado foi transcrito e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Categorização e análise

As transcrições dos áudios foram sendo feitas paralelamente à execução das entrevistas, em documentos do *Microsoft Word*, gerando material extenso e denso. Para efeitos de categorização, os dados foram organizados, classificados e codificados de acordo com Minayo (2010).

As expressões classificatórias foram agrupadas em unidades de subcategorias, posteriormente escritas em um quadro branco, utilizando pincel atômico. Do diálogo entre unidades odontológicas da "história oral-oral" e unidades que se identificam no modelo teórico-conceitual de formação econômico-social, surgiu a categoria "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios".

O método de análise foi ético-político (MANACORDA, 2012), em perspectiva dialética, tomando por base a dimensão reflexiva-crítica para analisar o "modo de"(LIMA, 2016). Este método é uma adaptação do método humanístico de análise da

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

realidade cunhado por Gramsci como o método do *posto che*, pautado na interlocução entre a historicidade do objeto e suas tendências contraditórias. Partindo-se desta interlocução, o pensamento percorre um caminho em que uma nova realidade é incorporada à espera de resposta, de nova análise (MANACORDA, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios

A categoria *Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios* emergiu de uma característica comum de relatos de quatorze trabalhadores, dentre os dezesseis entrevistados: a iniciação no trabalho se deu antes do primeiro acesso a serviços de saúde bucal. Isto é, o início da vida produtiva com pedras antecedeu a primeira visita a um dentista:

> "Eu comecei [a trabalhar com pedras] com 12 anos. Com 15 eu parei. Fiquei 3 anos fora. Depois voltei de novo e não larguei mais. Fui no dentista a primeira vez só *pra* arrancar, [...] devia ter uns 20 anos" (P10). [Comecei a trabalhar com pedras com] uns 13 anos, mais ou menos [...] tirei [os dentes] tudo quase [com] uns 40 e poucos anos" (P11). "Comecei a trabalhar eu tinha 12 anos [...] "[Tinha] uns 25, 26 anos por aí, [fui] em Itajaí [no dentista do] SESI" (P22).

Esses relatos permitem inferir que a existência da prática do trabalho com pedras não está na dependência dos produtos produzidos pela odontologia moderna. Porém, o contrário sim. A odontologia, para se constituir como é hoje, necessita imprescindivelmente dos produtos dos produtores de pedras. Seja no período de formação, ao usufruir de prédios, salas e consultórios para estudo, construídos com pedras. Seja para locomoção entre a residência do aluno de odontologia e o local de estudo, uma vez que transitará sobre vias públicas calçadas com produtos do trabalho destes trabalhadores de pedras. Seja, ainda, para, depois de formado, poder atuar.

Consultórios odontológicos, por força de lei, não podem ser construídos por madeira, argila ou palafitas: necessitam de pedras na composição do concreto armado. Assim, nota-se que produtores de pedra fazem parte dos "grupos sociais fundamentais" que iniciam na produção de maneira "imediata", diferente dos "intelectuais", como, por

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

exemplo, os dentistas, que ingressam após diplomados. Na arte das pedras, não há diplomas. Essa organização social, que impacta no surgimento das profissões, firma-se hegemonicamente por "dois tipos": pela "sociedade civil" e pelo "Estado" (COSPITO, 2017, p. 368).

Na especificidade do cuidado longitudinal (acompanhamento), com visitas regulares ao dentista ou, pelo caminho inverso, com visitas de dentistas/serviço de saúde aos locais de trabalho, as entrevistas não revelaram nenhum dado. Apesar de o Brasil ter a maior massa de dentistas do mundo, por operações de hegemonia que agem na formação do ser e na formação para o trabalho, muitos odontólogos desconhecem a realidade de seu País por conhecerem apenas os vieses mercadológicos, ignorando fatias consideráveis de pessoas e trabalhadores da nação brasileira.

Operações históricas de hegemonia construídas e reforçadas, por assim dizer, pois ao consultar as raízes históricas da odontologia moderna vê-se que seu surgimento está alinhado com o desenvolvimento mercantil e com a expansão do consumo da mercadoria-açúcar, afetando o modo de viver entre as "elites" da sociedade. Este doce artigo, ao frequentar as bocas e corpos, configura-se como "a primeira mercadoria de consumo [...] em escala planetária" (BENJAMIN, 2009, p. 18).

Historicamente, as pessoas que se aventuravam em intervir na boca lidavam rotineiramente com questões estéticas, fabricando e comercializando dentes artificiais para uma minoria abastada, afluente e consumista (SILVA; SALES-PERES, 2007). Na medida em que os continentes do mundo e seus produtos foram se "espalhando" entre si pelo comércio mundial, novas necessidades foram se estabelecendo. Uma das primeiras mercadorias a se propagar mundo afora foi o açúcar. Artigo de luxo, consumido até então pelas elites (aristocráticos, ricos comerciantes, indivíduos de posses), nos séculos XVII e XVIII (CARVALHO, 2006). Assim, alteram-se as necessidades da sociedade, pelo atravessamento do comércio, da formação econômico-social predominante, das primeiras ondas de globalização pelas navegações, do açúcar e da cárie, fazendo aumentar significativamente os praticantes da arte dentária e seu rol de procedimentos. Pode-se argumentar que a odontologia tal qual se constitui no contemporâneo irrompe dos altos estratos sociais, e não vinculada às camadas "inferiores" da estrutura social.

Vale frisar que até mesmo o açúcar depende de movimentos humanos iniciais para se transformar em mercadoria, por exemplo, no dispêndio de força de trabalho humano na plantação e colheita de cana-de-açúcar, uma das tantas fontes naturais da doce substância. E que tal dispêndio é executado pelas camadas "inferiores", cabendo às "altas" classes o comércio e consumo. E é quando os efeitos do açúcar aparecem em bocas

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

elitizadas que se faz necessária a atividade humana capaz de romper ou remediar os problemas orais. Portanto, o surgimento "oficial" da odontologia está estritamente ligado às determinações estruturantes da sociedade.

Se grande é o rol das profissões da divisão social do trabalho, o que dizer sobre a quantidade de serviços, produtos ou mercadorias diferentes. No entanto, nem todos os atores dessa divisão social possuem o acesso a esses bens produzidos pela coletividade, conforme a relação entre serviços de pedras e serviços odontológicos, relatadas e descritas acima. Mesmo laboralmente ativos e na ausência de serviços públicos de saúde, diferenciações nos valores retribuídos pelo trabalho acarretam em barreiras no acesso de trabalhadores das pedras aos serviços de saúde privados: "[...] *pra* fazer um tratamento dentário, só pra quem era rico. Não tinha um tratamento dentário, não tinha nada. Era contar com a sorte" (P21).

E "contar com 'a sorte'" significa também recorrer a métodos alternativos diante do sofrimento odontológico evitável que não foi evitado. A depender da extensão da lesão cariosa, pode um dente doer e não mais servir, sendo indicada sua extração (exodontia). Casos assim são de rotina na vida de dentistas. Não mais havendo condições de manutenção em boca, executa-se a exodontia, prevenindo futuras dores e sofrimento decorrente da cárie. Mas, como realizar remoções dentais em elementos amplamente cariados na ausência de um odontólogo? Uma das saídas é a "dentista Tajuva":

> "[...] aliviava [a dor] a Tajuva. No outro dia [...] ele [o dente] começava a soltar" (P41) "Tinha [...] Tajuva. Na hora passou a dor [e] com pouco tempo [...] ficou tudo em pedaço [o dente]" (P43). "Tinha a Tajuva. [...] Não doía mais, mas também o dente ia *pro pau*" (P10).

Obviamente, "dentista Tajuva" não é uma pessoa. É uma árvore. De seu tronco espinhoso se extrai um líquido branco que, quando inserido no interior da cavidade do dente, cessa dores que comumente remédios de uso oral não conseguem coibir. Interrompida a sensação dolorosa, o próximo efeito deste líquido natural é destruir o dente, esfarelando-o, fazendo uma "extração". Quem sabe até com maior resolutividade se comparada com dentistas 'de verdade'. Apesar de inseridos na cadeia produtiva nacional, tanto o mercado quanto o Estado brasileiro são indiferentes para com as condições da massa trabalhadora. Esta realidade evoca a presença de A. Gramsci, pela concepção de mundo estudada por ele; concepção humanística, integralista da vida, âncora da inserção de pessoas na sociedade não somente pela via econômica, mas política

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

e filosófica, criando condições para a tomada de decisões, o autogoverno (GRAMSCI, 1981).

Forças hegemônicas direcionam em demasia as atividades coletivas do setor saúde ao encontro dos espaços de formação. É comum deparar-se com médicos, enfermeiros e odontólogos do Sistema Único de Saúde (SUS) no interior de instituições escolares. A odontologia brasileira historicamente opta em "vigiar" o escolar como salvaguarda para uma vida adulta sem afecções bucais. Tal prática é herança filosófico-cultural estadunidense, caracterizada por uma política de higiene do escolar que foca suas ações nos ambientes de formação, priorizando a faixa etária de 6 a 14 anos (BRASIL, 2006).

Os dados epidemiológicos nacionais têm revelado que essa estratégia é uma falácia. As falas expostas dos três sujeitos (P10, P11 e P22), considerando suas datas de nascimento e o ano em que iniciaram no trabalho com pedras, indicam os anos de 1965, 1959 e 1964, respectivamente, como sendo os períodos de ingresso no trabalho. Tal faixa de tempo, de 59 à 64, coincide com a época em que já está vigorando no Brasil o modelo incrementalde assistência em saúde bucal, implantado em 1951(ZANETTI, 2005). Esse sistema foi instituído pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado nos anos 40, através de um acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos da América (EUA), com os objetivos, dentre outros, de preparar profissionais para atuarem em saúde pública e garantir as condições sanitárias do Vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce(RENOVATO e BAGNATO, 2010).

Em breve sequência histórica, o Estado brasileiro opta por absorver e realizar outros quatro (4) modelos de atenção à saúde, estudados também eles, em 2017, no artigo "Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal" (LIMA, 2017).

De acordo com o estudo histórico "De modelos tecnoassistenciais em Odontologia pública para um modelo social de atenção à saúde: formação histórico-política em debate" (RENOVATO; BAGNATO, 2010), após o modelo incremental, por volta dos anos 1970, cria-se a odontologia simplificada, materializada na simplificação de tecnologia leve e dura da área odontológica e na diminuição dos passos procedimentais, configurando uma política social compensatória, discriminatória, complementar e excludente: para pobres (MENDES, 1986).

O modelo integral surge nos anos 1980 comprometido com o Movimento Reforma Sanitária (MRS), porém, privilegiou a população jovem em detrimento das demais populações, com o foco na prevenção de "cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

decíduos" (CORREA, 1985). Outro modelo assistencial de saúde bucal, gerado no final dos anos 80 e início dos anos 90, foi o modelo de inversão da atenção, fundamentando um programa conhecido como Programa de Inversão da Atenção (PIA).

Apostando no autocontrole, com ações de caráter preventivo promocional, representou um avanço, ao trazer a estabilização do meio, contudo, sob uma concepção setorial, específica e ao dirigir-se hegemonicamente para escolas e creches, não representou uma ação totalizante. Por último, encontra-se vigente o modelo do cuidado, que se desenvolve no processo de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do SUS (BRASIL, 2004). Notam-se avanços ao fundamentar-se em humanização, acolhimento e vínculo, mas também vazios fundamentais para uma resolutiva clínica de base, para todos, em função da ausência de política efetiva para o trabalhador, desconhecimento setorial dos procedimentos que compõem a clínica de base, negação da dimensão histórica, estruturante dos processos de saúde e doença, e supremacia do discurso preventivista do risco.

Apesar de coincidir a faixa etária estabelecida pelo modelo incremental (6 aos 14 anos) com a idade dos três sujeitos (broqueiros) citados à época do ingresso no trabalho (dois aos 12 e um aos 13 anos) e considerando a aplicação dos modelos subsequentes (odontologia simplificada, integral, PIA e do cuidado), no decorrer da vida dos sujeitos, observa-se que as políticas públicas odontológicas não foram capazes de evitar as perdas dentárias. P10, P11 e P22 perderam todos os dentes naturais, conforme avaliado durante a realização das entrevistas. P11 e P22, inclusive, somente se adaptaram ao uso da prótese total superior, não conseguindo utilizar próteses totais na arcada inferior, apesar das tentativas relatadas.

Se a lógica histórica da odontologia brasileira consiste em cuidar da saúde oral priorizando os atendimentos dos 6 aos 14 anos acreditando que, ao crescer, serão adultos oralmente saudáveis, os resultados deste estudo poderão contribuir com a revisão de políticas e ações em saúde bucal, visto a dialética pela qual a realidade se desenvolve.

A questão posta é por que o arsenal da saúde não vai ao encontro dos espaços produtivos; com as suas ditas competências, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, mas de maneira horizontal, que permita o consenso ativo do sujeito, abrindo caminho para "uma nova hegemonia, uma nova ordem mundial" (DEL ROIO, 2007, p. 68).

Intrigado com o que acontecia nos espaços de produção da sociedade de seu tempo, cuja base é a mesma do contemporâneo, o médico italiano Bernardino Ramazzini resolve percorrer cinquenta e quatro (54) oficinas de artífices – ou campos/locais de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

trabalho, em 1700. A partir da observação, elenca mais de oitenta doenças que se originam no trabalho, decorrentes do processo de trabalho à época (RAMAZZINI, 2000).

O próprio Gramsci, mesmo sem ter a saúde como objeto de análise, vê nos espaços produtivos a fonte de possibilidades para uma transformação social real ao contribuir na organização dos Conselhos de Fábrica, possibilitando o irrompimento do operariado subalterno à condição de dirigente da própria vida e do coletivo, viabilizando condições justas de vida num "esforço para desenvolver sua auto-educarão e sua formação cultural à revelia da burguesia" (DEL ROIO, 2007, p. 64).

No diálogo entre Ramazzini e Gramsci, emerge um produto ativista. Um produto ativista que, antes tarde do que nunca, pode contribuir para o atual serviço da Atenção Básica[3] do SUS: as ações percorrer, acompanhar, instruir, ouvir, observar e organizar as classes trabalhadoras têm de estar na pauta constante de médicos, dentistas, enfermeiros e demais atores dos serviços de saúde brasileiro. Compreendendo "têm de estar" não no sentido "moralista", mas de necessidade, vontade concreta: necessidade histórica (GRAMSCI, 1981). Afinal, é preciso enfrentamento ao real: a população, que segue criando meios de existir e resistir, por exemplo, ludibriando a dor de dente, não pode esperar.

Não tão "resolutivo" quanto a Tajuva, temos a cachaça e o alho. O indivíduo alcoolizado pela cachaça distrai a dor. O alho, quando amarrado no braço ou nos dedos da mão, provoca uma inflamação local que desloca a dor de dente, enganando-a. O que é preferível? Sofrer com uma pulpite (dor de dente forte) que atinge altos níveis álgicos ou trocá-la por uma noite de bebedeira sem odontalgia? Ter fortes dores de dente ou trocá-la por uma pequena dor local ocasionada pelo alho amarrado à extremidade de algum membro do corpo? Porém, nenhum destes dois métodos é tão eficiente quanto a Tajuva que interrompe a dor e "extrai" o dente. Na cachaça e no alho, o órgão afetado continua, apesar da dor momentânea ter sido controlada, possibilitando boa noite de sono:

> "Tu fica embriagado aí depois desaparece. Quando termina o álcool, volta de novo. [...] Nós *fazia* muito disso, tinha que trabalhar." (P22).

[3] Serviço posto – a Política Nacional de Atenção Básica (2012) – como ordenador das Redes de Atenção do SUS, afirmando-se como uma política acolhedora e resolutiva. Materializa-se, por exemplo, nas Unidades de Saúde, intentando desempenhar função central na garantia ao direito à saúde com qualidade.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Do interior da "história oral-oral", algumas informações condensadas: dos dezesseis (16) entrevistados, nove (9) estão sem dentes naturais nas duas arcadas e utilizam próteses totais, sendo que destes, dois sem prótese em um maxilar. Das sete (7) pessoas com dentes, uma não possui dentes naturais na maxila (somente em mandíbula) e seis pessoas possuem dentes em ambas as arcadas.

Com vistas ao poderio que o conhecimento extra-oficiala - do povo de fora das faculdades - tem a oferecer para as ciências da saúde e partindo para as considerações deste artigo, cabe uma socialização. Em um dos momentos experimentados pela coleta de dados, a esposa de um entrevistado, do P30, que se encontrava no mesmo recinto da entrevista e acompanhava atentamente o diálogo sobre métodos populares em saúde, instigada pela surpresa estampada na face do entrevistador ao escutar histórias do entrevistado, diz: "Tu nunca *ouvisse* falar disso na faculdade?" Com certa vergonha e sentimento de desolação, ela ouviu como resposta: não se aprende tais métodos na faculdade.

Algumas considerações não finais

O estudo objetivou analisar o modo como a transformação do real foi se impondo ao trabalho e gerando experiências na condição oral dos produtores de bens e pedra, no contexto de Camboriú, SC, Brasil, sem limitar as relações sociais apenas às de produção, mas destacando-as como vital para a reprodução da espécie.

Analisados com base na categoria "Não há consultórios sem pedras, mas há pedras sem consultórios", os dados revelaram uma dura realidade: o início da vida produtiva com pedras, pelos trabalhadores-produtores de bens em pedra participantes do estudo, antecedeu a primeira visita a um dentista. Como resultado, a vasta maioria dos participantes foi expropriada do direito a ter dentes, na fase adulta: no decorrer de suas vidas, perderam todos os dentes naturais.

Em tempos de direito à saúde conquistado, o que se reafirma neste estudo é que este direito não é universalmente usufruído: trabalhadores que, ano após ano, auxiliam na construção social estrutural são apartados das elaborações supraestruturais da sociedade: sem dentes naturais, têm seus conhecimentos excluídos do sistema educacional, tampouco estão inseridos no controle do Estado que cotidianamente ajudam a erguer. Nesse emaranhado sociopolítico, que se constitui em uma implicação ética, do âmbito de uma ética pública reflexivo-crítica e intervencionista, o direito a saúde, conquistado em 1988 pela política pública SUS, não se materializa na vida dos trabalhadores de bens em

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

pedra do contexto estudado, pois as ações e direções estatais pouco englobam essa parcela da população.

Ao se relacionar com políticas de saúde, mais especificamente as da área da odontologia, que historicamente priorizam grupos populacionais inseridos em idade escolar, o estudo gerou uma reflexão:

Uma criança, um escolar de 6 a 14 anos, tem um pai e uma mãe. Pode ser que, por vezes, a criança nem ao menos venha a conhecê-los. Crianças sem pai. Crianças sem mãe. Mas, desde que o mundo é mundo, crianças nascem como fruto da relação entre homem e mulher. E estes pais (ou seja lá quem for o tutor, se outra pessoa ou até o Estado), mesmo que não possuindo um trabalho formal, mas fundamentalmente por estarem vivos, realizaram/realizam intervenções na natureza para sobreviver e se reproduzir. Assim, no serviço de saúde, prevalecendo a atuação coletiva em pessoas menores de 18 anos[4], age em seres humanos não autônomos, pois estão na condição de tutela.

Ao contrário e em certa medida inovando, a partir deste estudo, os resultados apontam para a necessidade de criação de vínculo com os espaços produtivos. Engajando na luta cotidiana pela saúde universal os trabalhadores-produtores de bens em pedra (e todos os demais ramos), os atores do SUS atingem também, indiretamente, as crianças e jovens, filhos destes pais trabalhadores. Crianças, via de regra, não possuem autonomia perante à economia do lar. Os responsáveis legais, incumbidos também de oferecer a educação em saúde à seus herdeiros, se devidamente organizados em prol do bem comum e fortalecidos por ações horizontais de promoção de saúde e tendo a oportunidade de participar da construção do conhecimento, acabam por resultar em benefícios também às crianças e jovens. Uma inversão, novamente. Não como a do antigo Programa de Inversão da Atenção (PIA), em que se substitui tratamentos por adequação do meio, mas uma inversão estruturante.

Será tarde? Gramsci, em uma carta escrita a Tania, sua cunhada, em 1933, do Cárcere, em Turi, Itália, comentando sobre seu debilitado estado físico, mental e moral, lhe diz: “Talvez seja mesmo tarde mudar as coisas ‘formalmente’, no sentido de que as mudanças das coisas determinem mudanças nas condições de saúde”(SPRIANO, 2014, p. 30).

[4] Como exemplo, um dos indicadores tão cobiçados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em seu manual instrutivo de 2012, sobre questões de desempenho, faz referência à média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

No contemporâneo, as políticas públicas continuarão hegemonicamente ensinando o povo de 6 aos 14 anos a escovar os dentes ou assumirão que há outros elementos superiores que interferem na condição buco-dental da população?

REFERÊNCIAS

AMFRI. Municípios associados [Internet]. **Amfri 2017** [acessado em 17 de outubro de 2017]. Disponível em: http://www.amfri.org.br/index/detalhes-municipio/codMapaItem/42292/codMunicipio/52.

BENJAMIN, C. Uma certa ideia de Brasil. In: ARAÚJO, T. P.; VIANNA, S. T. W.; MACAMBIRA, J. (orgs). **50 anos de Formação Econômica do Brasil**: ensaios sobre a obra clássica de Celso Furtado. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. p. 15-25.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Série Técnica. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Santa Catarina/Camboriú [Internet]. **Cidade IBGE** [acessado em 17 de outubro de 2017]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/camboriu/panorama.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006.

CORREA, A. P. **Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1985.

CORREA, I. B. **Camboriú e Balneário:** a história de duas cidades. Balneário Camboriú: Gráfica Elf, 2016.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

COSPITO, G. Hegemonia. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (orgs). **Dicionário gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017. p. 309-311.

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. In: SILVEIRA, E. (org.). **Encontros com a civilização brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 33-47.

DEL ROIO, M. Gramsci e a emancipação do subalterno. **Revista de Sociologia Política**, v. 29, p. 63-78, 2007.

DEWES, J. O. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharel em Estatística, Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

ICHIKAWA, E.Y.; SANTOS, L.W. Vozes da História: contribuições da História Oral à Pesquisa Organizacional. In: **Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-Graduação em Administração**. Atibaia: ANPAD, 2003.

LIMA, R. C. G. S. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2797-2805, 2016.

_____. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 2, p. 15-25, 2017.

MANACORDA, M. A. **Antonio Gramsci:** l´alternativa pedagogica. Roma: Riuniti, 2012.

MANZINI, E.J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**. Bauru: USC, 2004.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

MARX, K.; HOBSBAWM, E. J. **Formaciones económicas pré-capitalistas**. 2ª ed. Córdoba: Pasado y Presente, 1972.

MARX, K. **O Capital:** crítica da economia política. 34ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

MENDES, E.V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, 1986.

MENDES, S. **Comunidade e memória no jornal do interior**: um estudo sobre o Linha Popular em Camboriú. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Jornalismo. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, R. **Geografia**: teoria e crítica, o saber posto em questão. Petrópolis: Vozes, 1982.

MUYLAERT, C.J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. Esp2, p. 193-199, 2014.

PEREIRA, R. M. F. A. Formação sócio-espacial do litoral de Santa Catarina (Brasil): gênese e transformações recentes. **Geosul**, n. 18, v. 35, p. 99-129, 2003.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000.

REBELO, J. A. **Sem história não dá**: e assim se fez em Camboriú. Camboriú: Do autor, 1997.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, v. 2, p. 277-290, 2010.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 4
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ROSA, L. C. M. A propriedade como fundamento ético-jurídico e econômico-político em Locke. **Hendu**, n. 6, v. 2, p. 87-102, 2015.

SACHET, C.; SACHET, S. **Santa Catarina**: 100 anos de história. Porto Alegre: Pallotti, 1997.

SERENI, E. De Marx a Lênin: a categoria de "formação econômico-social". **Meridiano revista de geografia**, n. 2, p. 297-346, 2013.

SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: um breve histórico. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 6, n. 1, p. 7-11, 2007.

SPRIANO, P. **Antonio Gramsci, lettere dal carcere**. Torino: Einaudi, 2014.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

ZANETTI, C. H. G. **A utilidade como função para a universalidade e equidade**: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.Rio de Janeiro, 2005.