

**The coordinators of oral health's perception on structural violence in Espírito Santo state, Brazil**

# **| Percepção dos coordenadores municipais de saúde bucal sobre a violência estrutural no estado do Espírito Santo, Brasil**

**ABSTRACT** | *Introduction: Violence has been showing itself in several ways and reached public administrative organs which exclude people of receiving medical care and neglect their right as citizens. The oral health is a victim of such ill administrated organs which cause great damage for the teenagers. Objectives: This work has the objective of analyzing the violence that reached the public administration of the oral health care and its structural (institucional) manifestation through perceptions, awareness and attitudes of the cities health coordinators of oral health in Espírito Santo—ES, Brazil. Material and Method: It is a case study and an exploring investigation with focus on interpretation through a quantitative-qualitative research including a survey directed to 54 of the 78 city coordinations in the state of ES and the deeper discussion in the group giving priority to the understanding of the reality of the teenagers and to the organization (administration) of the dental public services. Results: 24% of the coordinators noticed the violence against the dental public services administration and only 7,4% accepted that the results of their acts as public administrators have created violence. There were not found any priority to the teenagers oral health in any municipal district studied, only 10% has made some kind of evaluation of the situation in order to subsidize social actions to avoid the problems with oral teenage health. Almost half of the coordinators tried to justify their failures blaming the national oral health policy and the public and social program “Brasil Sorridente” which doesn't prioritize this age group and becoming, this way, the most responsible for the practice of the structural violence in ES. They all unanimously accepted the presence of institutional violence in all dental public services. Conclusion: A relevant point was raised which was the lack of information of the coordinations related to the dimension of the problems with the oral teenage health, the close relation of these problems with the process of dental work and the lack of perception of the manifestation of violence, or even as if there was nothing capable of dealing with it, challenging the area to the awakening of a new worker who can assume the position of social change agents.*

**Keywords** | *Structural violence; Oral health; Teenage.*

**RESUMO** | *Introdução: A violência tem se apresentado em diversas modalidades e alcançado gestões públicas que omitem, negligenciam e excluem as pessoas do direito à saúde. Os problemas relacionados com a saúde bucal nos adolescentes brasileiros são o retrato fiel da violência estrutural (institucional), principalmente porque estão sob gestões públicas que não reconhecem suas necessidades. Objetivo: Avaliar as percepções, conhecimentos e atitudes das coordenações municipais de saúde bucal do Espírito Santo quanto à prática da violência estrutural na gestão dos serviços odontológicos. Material e método: Estudo de caso, investigação exploratória quanti-qualitativa com aplicação de questionários as 54 das 78 coordenações e discussões em grupo focal. Resultados: Apenas 24% dos coordenadores perceberam a manifestação da violência na gestão pública odontológica e 7,4% tomaram para si a prática dessa violência. Quase a metade dos coordenadores (48,3%) justificou suas falhas intensificando críticas à Política Nacional de Saúde Bucal que, para eles, não prioriza essa faixa etária, o que torna o Estado também produtor de violência. Conclusão: Um ponto relevante apurado foi o desconhecimento das coordenações quanto aos problemas relacionados com a saúde bucal dos adolescentes, a estreita relação desses problemas com o processo de trabalho odontológico e a falta de percepção da manifestação da violência em suas ações como gestores. Eis, então, um campo fértil e produtivo de violência que tem se firmado como prática cotidiana, como se não fosse violência, desafiando a Odontologia para a reinvenção de um “novo” trabalhador que assuma a postura de agente promotor de saúde.*

**Palavras-chave** | *Violência estrutural; Saúde bucal; Adolescentes.*

<sup>1</sup>Cirurgião-dentista; professor na Associação Educacional de Vitória - FAESA/AEV; Mestre em Saúde Pública - Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

<sup>2</sup>Cirurgião-dentista; Professor na Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico - UFES; Pós-doutor em Saúde Pública - ENSP/FIO CRUZ

## INTRODUÇÃO |

Este estudo adveio da necessidade de conhecer o cotidiano do trabalho dos coordenadores municipais de saúde bucal, com um enfoque na organização dos serviços odontológicos, centrado no acesso dos adolescentes, tanto na oferta dos serviços de promoção quanto na assistência ambulatorial, e identificar o grau de sensibilização dos coordenadores municipais de saúde bucal para a necessidade urgente de práticas prioritárias a esse grupo etário e à manifestação da violência estrutural em suas práticas de gestão.

No último Relatório Mundial Sobre a Violência, Nelson Mandela inicia seu discurso chamando a atenção de todo o mundo para a necessidade de pensar sobre maus-tratos e descuidos contra os adolescentes, responsabilizando os governos por adotarem comportamentos negligentes e omissos, sinônimos de violência, que se difundem e se generalizam pela sociedade, por intermédio das autoridades que respaldam o uso da violência com as próprias ações governamentais<sup>7</sup>.

Atualmente se vive em um país cujas realidades na área da saúde bucal são marcadamente muito cruéis, revelando as relações entre as políticas públicas de saúde e as condições de vida do povo brasileiro. As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social, seja pelos problemas referentes à saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para se conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca<sup>2</sup>.

Segundo o último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), o “SB Brasil 2003”, a faixa etária de 15 a 19 anos se destaca por constituir um grupo expressivo com necessidade urgente de cuidados, com ausência de uma atenção especial ou prioritária por aqueles que estão à frente da organização dos serviços odontológicos. Os dados, por si sós, justificariam a necessidade de estudos na área para a promoção da saúde bucal em adolescentes. O índice CPO-d (dentes cariados, perdidos e obturados) nesse grupo foi de 6,56 dentes atacados por cárie dentária e, 88,94% já possuíam pelo menos um dente com problema (CPO-d  $\geq$  1). Esses dados desvendam um problema ainda maior: apenas 55% dos adolescentes chegam aos 18 anos sem história de perda dentária<sup>3</sup>. Cabe ressaltar, então, que, para a Orga-

nização Mundial da Saúde (OMS), 80% dos adolescentes de 18 anos deveriam ter chegado no ano 2000 com todos os dentes presentes e sadios na boca<sup>8</sup>.

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

“[...] Estamos diante de uma violência institucional indiscutível, de um sistema de saúde que fecha os olhos em relação à própria violência que chega nele, exercendo uma forma de violência”<sup>1</sup>. Certamente, não é coincidência o Brasil ser, vergonhosamente, o terceiro no mundo em mortes de jovens por homicídio e outras formas de violência e reconhecido como o país com a pior distribuição de renda e como o “país de desdentados”<sup>5-6</sup>.

Considerando que os gestores da saúde pública odontológica no Espírito Santo necessitam estar atentos e sensíveis as mais variadas formas e manifestações de exclusão e omissão institucional, o objetivo do estudo foi identificar as percepções, conhecimentos e práticas dos coordenadores municipais de saúde bucal do Espírito Santo, quanto à íntima relação entre os problemas referentes à saúde bucal dos adolescentes e a manifestação da violência estrutural.

## MATERIAL E MÉTODOS |

Foi realizado um estudo de caso e investigação exploratória adequados à apreensão do objeto da investigação com o uso dos princípios da avaliação por triangulação de métodos e uma abordagem quanti-qualitativa.

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

O cenário e sujeitos da pesquisa foram 54 dos 78 municípios do Espírito Santo e suas respectivas coordenações de saúde bucal, que responderam ao questionário enviado pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal, em face ao apoio firmado oficialmente com o Núcleo de Normalização da Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES).

A coleta de dados se iniciou no primeiro semestre de 2007 com uma pesquisa exploratória por meio de diversos contatos entre os técnicos da Coordenação Estadual de Saúde Bucal da SESA/ES e as respectivas coordenações municipais. Essa primeira aproximação ao campo empírico nos mostrou a possibilidade de realização do estudo em âmbito estadual, em um universo amplo e significativo, uma vez que a maioria dos municípios possuía coordenações ou referências técnicas de saúde bucal.

Após apreciação e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES/ES), assinatura do termo de parceria da SESA/ES e consentimento dos sujeitos da pesquisa, o trabalho de campo foi traçado sob três instrumentos de coleta de informações:

a) observação direta: realizada de maneira informal, ao longo das muitas visitas aos municípios e em contatos constantes com eles durante os quatro anos (2004 a 2007) à frente da coordenação estadual de saúde bucal, período coincidente com a construção deste estudo;

b) aplicação de um questionário estruturado: dispositivo normativo e padronizado, com opções de múltipla-escolha e questões de completar, com o objetivo de captar a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui no grupo. Após a aplicação, todos os dados foram analisados, tabulados e separados por assunto e os participantes identificados com a letra “Q”;

c) grupo focal: para compor o grupo focal, a amostra obedeceu à representatividade das microrregiões de saúde (PDR-ES) e ao interesse dos coordenadores pelo assunto. Nesta etapa houve uma discussão mais profunda por meio da técnica de análise de enunciação, em que a comunicação é compreendida como processo e não simplesmente como um dado estatístico, e o discurso como palavra de um produto inacabado e um momento de criação de significados. A discussão seguiu um roteiro semiestruturado de questões com a gravação de todas as falas e transcrição das fitas cassete, resguardando a identidade e local de trabalho dos participantes que foram codificados pelas letras “GF”. Com a leitura exaustiva dos textos, análise e classificação dos dados, de acordo com as variáveis teóricas escolhidas, houve possibilidade da apreensão das alusões ao objeto da pesquisa, de forma que permitiu uma leitura ampla e real do problema proposto pelo estudo.

## RESULTADOS |

As coordenações municipais de saúde bucal com seus gestores (em sua maioria cirurgiões-dentistas) não percebem, conhecem ou possuem atitudes quanto à existência da violência estrutural em sua administração e/ou organização dos serviços. Isso se confirma quando apenas 24% dos coordenadores municipais têm alguma percepção de que existe uma relação entre os problemas referentes à saúde bucal com adolescentes e a violência e somente quatro coordenadores (7,4%) reconhecem que, em suas condutas na organização dos serviços, cometem algum tipo de violência.

É interessante, então, notar a incapacidade dos coordenadores em fazer uma análise mais crítica sobre a gestão odontológica. Os poucos que reconheceram a presença de problemas em sua gestão como uma parcela da “produção” de violência tentam justificar-se apontando outros problemas, tais como: as limitações de infraestrutura; as péssimas condições de vida dos usuários e as dificuldades financeiras:

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

Quando abordado sobre a importância da realização de um diagnóstico que anteceda o planejamento e a organização dos serviços oferecidos à população, pouco mais de 10% realizaram, por exemplo, um levantamento de cárie ou de necessidade de tratamento odontológico. Mais uma vez, há uma tentativa de ausentar-se da responsabilidade. Essa deficiência é levada para o campo estadual e federal sob argumentos que pudessem justificar a ausência de algum tipo de diagnóstico situacional:

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

“E é muito importante essa amarração vinda de cima, entende? do Governo Federal, do Ministério da Saúde” (GF6).

Avançando a discussão sobre o diagnóstico como uma ferramenta de gestão importante, os coordenadores apontam também o pacto da atenção básica como o grande “vilão da história”, que hodiernamente, com sua reformulação – o Pacto Pela Saúde – traz um indicador em saúde coletiva, exigindo apenas a escovação dentária supervisionada sem determinação de idade prioritária e a obrigatoriedade de realização de levantamentos epidemiológicos:

“Antes que era bom. A gente fazia o levantamento pelo menos das crianças, mas por quê? Por que nosso gestor dava apoio?”

Porque estava lá no pacto, ele tinha que cumprir. E hoje? Como é que vai ficar?... tem gestor que não vai dá a mínima” (GF3).

“Ao mesmo tempo é uma coisa muito perigosa. Com a liberdade, nem todo mundo sabe viver com dignidade. Você dá liberdade ao gestor [...] aí eu já ouvi do próprio secretário que não tem nada [...] esse ‘Pacto Pela Vida’, por exemplo, não está resultando de nada [...] nada, então ele tá tranquilo, tá tranquilo [risos]. Ou seja, aí que piorou, aí que piorou” (GF1, com semblante de indignação).

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

É explícita a falta de politização da classe odontológica no serviço público de saúde. Como um desabafo e em forma de denúncia e protesto, com muita emoção, alguns relatos expressaram o problema:

“Por décadas, o dentista tinha até vergonha de dizer que trabalhava no público [...] era coisa de pobre ou de dentista malsucedido. Ficamos como que elitizados, num marasmo [...] e hoje não temos força, não sabemos lutar, reivindicar [...] vê só, temos algum deputado dentista no nosso Estado?” (GF1).

“Estamos sempre sob a pressão de uma demanda acumulada de doentes, orientados no assistencialismo cruel da livre demanda, na doença, no curativismo ineficiente e multilador” (GF1).

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

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

Foi unânime o pensamento de que existe por trás de toda essa problemática um problema ainda maior: para 48,3% dos coordenadores, a política nacional de saúde bucal do Ministério da Saúde tem privilegiado apenas crianças, e para 37,7%, a política nacional não privilegia grupo algum. De todos esses dados, o que mais chama a atenção é a constatação de que, para apenas 14% dos entrevistados, o programa “Brasil Sorridente” reconhece o adolescente

como faixa etária prioritária. Está evidente o descaso do Estado, em suas políticas públicas de saúde bucal, com os adolescentes:

“O que a gente vê é que [...] não adianta a família se incentivar [...] se não tiver pra pagar no particular [...]. Se o governo não mudar esse programa [...] o olhar [...]” (GF2).

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

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

Em síntese, apesar de muitas falas de reconhecimento do quanto a violência está infiltrada e manifesta nas ações de gestão da saúde bucal nos municípios do Espírito Santo, só foi possível esse reconhecimento com os participantes do grupo focal depois de longas discussões advindas de questionamentos polêmicos do roteiro utilizado. Está muito presente, ainda, no imaginário de todos, que a violência se refere às infrações (homicídios, suicídios, sequestros, entre outras). A palavra agressão foi a mais citada pelos participantes do estudo como sinônimo de violência. Pensar violência como uma palavra de múltiplos significados e formas de atuação é utópico. Entendem a violência dos jornais impressos, noticiários da TV, filmes, novelas e até dos desenhos animados; no entanto, não compreendem que, por trás disso tudo, existe, ainda, outro “mundo”, o de práticas violentas “camufladas” por instituições respeitadas, por grandes cargos de chefias, ou mesmo por decisões públicas municipais.

## DISCUSSÃO |

Os resultados encontrados indicam que a Odontologia necessita atentar para o problema das más condições de saúde bucal dos adolescentes, correlacionando-as com a violência e interpretando-as em suas várias faces, de forma interligada (em rede) e por meio de eventos em que se expressem, repercutem e se reproduzam. A esse tempo, a violência ganha corpo e cada vez mais se perpetua, produzindo doença e mutilando bocas. As crueldades mais aterrorizantes se articulam com a violência escondida e natu-

realizada no cotidiano, como se não fosse um meio de violência; portanto, a violência estrutural é a maior representante dessa manifestação.

A participação do Estado como parceiro e/ou produtor de violências remete-nos a um sentido de violência sutil, despercebida, também, pelos gestores e administradores públicos. Mas nada pode justificar a omissão do Estado ante a demanda que “grita” por intervenção na área da saúde bucal. Afinal, que é, então, o Estado no mundo contemporâneo? O Estado não é instituído pelo povo e para o povo?

O Estado não se deixa definir sociologicamente por seus fins. Quase não existe uma tarefa de que um agrupamento político qualquer não tenha se ocupado alguma vez. De outra feita, não é possível referir tarefas das quais se possa dizer que tenham sempre sido atribuídas, com exclusividade, aos agrupamentos políticos de hoje denominados Estados ou que se constituíram, segundo a história, nos precursores do Estado moderno. *“O Estado não se deixa definir, sociologicamente, a não ser pelo específico meio que lhe é peculiar, da forma como é, peculiar a todo outro agrupamento político, a saber, o uso da coação física”*?

Nesse sentido, é inevitavelmente impossível não ingressar no mundo do adolescer no Brasil e da violência que começa por revelar-se nas chamadas formas estruturais da violência, muitas vezes numa fachada de inevitabilidade histórica da pobreza, da desigualdade, da ineficácia da garantia de direitos, tornando invisíveis os mecanismos, interesses e privilégios que agem para a construção e perpetuação de tais quadros de exclusão e segregação. Isso não torna a tarefa dos profissionais de saúde mais fácil, ao contrário, mostra a necessidade não só de trabalhar com modelos epidemiológicos, mas também de incluir a compreensão cada vez mais específica dos fatores e dos contextos na abordagem dos comportamentos, das ações e dos processos violentos.

Transitar entre a gestão pública odontológica e o processo de construção social é um desafio premente. Sabe-se que tratar socialmente dos problemas de saúde bucal não causa grande entusiasmo e prestígio entre estudantes, professores, profissionais da área e gestores públicos. Talvez, por isso, a Odontologia brasileira seja inegavelmente elogiável em sua destreza, arte e técnica, mas socialmente caótica, o que se revela nas políticas públicas de saúde e, consequentemente, no fazer cotidiano das coordenações municipais de saúde bucal.

Por tudo isso, a classe odontológica ou aqueles que estão à frente da gestão pública dos serviços de saúde bucal pre-

cisam se sensibilizar cada vez mais para o reconhecimento da forte influência do processo histórico de profissionalização da Odontologia, o seu distanciamento como prática social e de direito e a manifestação da violência (estrutural) presente em suas ações.

## CONCLUSÃO |

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

Discutir o processo de trabalho odontológico na gestão pública é identificar a fragilidade da classe e de seus profissionais. Assim, foi possível perceber que as coordenações municipais de saúde bucal do Estado do Espírito Santo não estão sensíveis à violência estrutural, consequentemente, não conhecem e, em sua maioria, não tomam qualquer atitude quanto ao problema. Os coordenadores têm praticado violência sem mesmo perceber que em sua gestão o adolescente não é visto como uma faixa etária que deveria receber maior atenção, mesmo havendo estudos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde que nos chama a atenção para os altos índices de doenças bucais e a falta de acesso aos serviços por essa faixa etária.

Alguns poucos coordenadores perceberam a perpetuação da violência existente entre gestores e usuários nos serviços públicos odontológicos e reconheceram estar diante de um sério problema. Desse modo, ao se tomar como um desafio a reinvenção de um novo trabalhador da saúde bucal, é necessário direcionar esforços para a formação do cirurgião-dentista, a politização da classe odontológica, a ampliação da participação de seus profissionais, gestores e usuários, para que eles assumam a postura de agentes sociais de mudança, contribuindo para a melhoria das condições de saúde bucal dos adolescentes e, consequentemente, de todos os brasileiros.

## REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Conasems. Entrevista Cecília Minayo [citado 2006 jul 3]. Disponível em: URL: <http://www.conasems.org.br>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Levisky LD, organizador. A adolescência pelos caminhos da violência. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
5. Maakaroun MF. Violência e adolescência: reflexões teóricas. Adolescências – aspectos clínicos e psicossociais. São Paulo: Artmed; 2002.
6. McAlister A. Juvenile violence in the Americas: innovative studies in research, diagnosis and prevention. Washington: Pan American Health Organization; 1998.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a violência. Genebra: OMS; 2002.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Genebra: OMS; 1981.
9. Weber M. Ciência e política: duas vocações. São Paulo: Martin Claret; 2005.

## AGRADECIMENTOS |

À Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES), à FUNDAÇÃO e, em especial, aos coordenadores municipais de saúde bucal que expressaram suas vivências, indignações, fraquezas, conquistas e esperanças por uma Odontologia melhor.