

E assim vamos, junto com Botazzo, reafirmando o reducionismo kuhniano e admitindo a Saúde Coletiva como inspiração para a SBC, mesmo sob a “tensão essencial de seu objeto e de seus métodos”. E mesmo com o risco de que, seja qual for a denominação adotada – mudança de estilo de pensamento, ruptura epistemológica, viragem conceitual ou revolução científica –, estejamos somente vivendo uma crise de identidade, já que a SBC toma emprestada sua estrutura teórica. Talvez, só haja Saúde Coletiva. Mas, crise de identidade é uma questão tipicamente pirandelliana!

Referências

- Rabenhorst ER. Sobre os limites da interpretação. O debate entre Umberto Eco e Jacques Derrida. *Prim@ Facie* 2002; 1(2):1-17.
- Barthes R. *Mitologias*. São Paulo: Diefel; 1980.
- Narvai PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odont & Soc* 2001; 3(1-2):47-52.
- Moysés SJ, Sheiham A. Saúde bucal coletiva: personagens, autores ou... Pirandello de novo? In: Kriger L, editor. *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 387-442.
- Bobbio N. *As ideologias e o poder em crise*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1999.
- Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, Unesco; 2000.
- Althusser L. *Aparelhos ideológicos de Estado* – nota sobre os aparelhos ideológicos de Estado. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- Masterman M. The nature of a paradigm. In: Lakatos I, Musgrave A, editores. *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970. p. 59-89.
- Foucault M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- Rabelais F. *Gargantua and Pantagruel*. London: Penguin Classics; 1955.
- Derrida J. *A escritura e a diferença*. São Paulo: Perspectiva; 1971.
- Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Rev C S Col* 2000; 5(2):219-30.
- Nunes ED. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 1998; 3:107-16.
- Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (notas para uma investigação). In: Zizek S, editor. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996. p. 105-42.
- Mészáros I. *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2004.
- Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
- Almeida-Filho N. Os paradigmas da epidemiologia. In: Almeida-Filho N, editor. *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992. p. 90-104.
- Jacobina RR. O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2000; 6(3):609-30.
- Maia CA. A domesticação da história das ciências pelo sistema das ciências. In: Soares LC; editor. *Da revolução científica à big (business) science: cinco ensaios de história da ciência e da tecnologia*. São Paulo: Hucitec; Niterói: EdUFF; 2001. p. 201-46.
- Babich BE. Kuhn's paradigm as a parable for the Cold War: incommensurability and its discontents from Fuller's Tale of Harvard to Fleck's *Unsung Lvov*. *Social Epistemology* 2003; 17(2-3):99-109.
- Pirandello L. *Right you are, if you think you are*. Mineola, NY: Dover Publications; 1997.

Bucalidade: conceito-ferramenta de relação entre clínica e saúde bucal coletiva

Buccality: a conceptual tool of linking between clinic and collective buccal health

Elizabete Cristina Fagundes de Souza ³

Inicialmente, gostaria de agradecer aos editores de *Ciência & Saúde Coletiva* a oportunidade de debater o artigo “Sobre a bucalidade. Notas para a pesquisa e contribuição ao debate”, o que é para mim um grande prazer dialogar com o autor, pessoa por quem dedico estima e respeito intelectual.

O artigo levanta aspectos importantes sobre a temática da saúde bucal e do entrecruzamento de saberes e práticas que compõem este campo. Não poderei e nem seria possível debater toda a riqueza de questões nele suscitadas. Deliberadamente, escolhi dois aspectos para interrogar: a) Saúde bucal coletiva: paradigma científico, saber e prática social? b) Bucalidade: um conceito-ferramenta para ampliar a clínica em Saúde Bucal? A partir dessas duas questões desenvolvi o diálogo com o artigo em debate.

Saúde bucal coletiva: paradigma científico, saber ou prática social?

O artigo destaca a natureza problemática do conceito *saúde bucal coletiva* a partir do diálogo com outros dois artigos de autoria de Narvai¹ e Moysés & Sheiham², respectivamente. Considerando as interpretações feitas pelo au-

³ Departamento de Odontologia e NESC, UFRN. betcris@ufrnet.br

tor do artigo em debate, tomo como ponto de partida a interrogação múltipla acima e compartilho as reflexões que o artigo me provocou em uma primeira leitura a partir de uma outra pergunta: o que é um conceito?

Em ensaio filosófico, Gilles Deleuze e Félix Guattari respondem a esta pergunta mostrando que não há conceito simples. Todo conceito possui componentes que o definem e todo conceito responde a um problema, e todo conceito tem uma história. Existe, pois, em todo conceito, multiplicidade de componentes que podem vir, inclusive, de outros conceitos que respondem a outros problemas. Ou seja: *Cada conceito remete a outros conceitos, não somente em sua história, mas em seu devir ou em suas conexões presentes* (Deleuze & Guattari³). Os autores se referem a conceitos de caráter filosófico (que não se confundem com idéias gerais ou abstratas), distinguindo-os das proposições científicas (*prospectos*, que não se confundem com juízo) e daquilo que se tira da arte (*perceptos* e *afectos*, que não se confundem com percepções e sentimentos).

Tal definição de conceito pode nos ser útil quando o aplicamos, de forma genérica, como o fez o autor no artigo em debate ao problematizar a denominação saúde bucal coletiva. Se assim a consideramos, como conceito, não seriam problemáticas a sua multiplicidade e a sua “dispersão”. Antes, seriam constitutivos da própria história de sua produção conceitual e da conexão com outros conceitos, particularmente os odontológicos, mas também os não odontológicos. Vejamos: o conceito saúde bucal coletiva tem uma história que se confunde com a história da produção do saber e das práticas em saúde bucal coletiva, que emergem num movimento de crítica ao pensamento odontológico dominante, no interior deste, sem dele desatar-se por completo; ao contrário, nele se adjetiva. A odontologia preventiva e a odontologia social, disciplinas precursoras da saúde bucal coletiva, surgem nos cursos de odontologia renomeando, superpondo-se e, em muito, avizinhandando-se dos conteúdos das antecessoras disciplinas de higiene e odontologia legal e de odontologia sanitária. É no percurso histórico do movimento pela Reforma Sanitária brasileira que emerge a saúde bucal coletiva, similar mais próxima da denominada saúde coletiva; esta invenção nacional que distingue o caráter sanitário estatal estrito da saúde pública para o seu caráter mais amplo – sociocultural, político e histórico – na qualidade de saúde coleti-

va. Sofreria a saúde bucal coletiva da tentativa não bem-sucedida de mimetizar a saúde coletiva ou perece, também, da própria crise de construção de uma identidade, sempre provisória, que a própria natureza inter e transdisciplinar de seus objetos lhe imprimem?

A saúde bucal coletiva, como saber e prática, distingue-se de suas antecessoras, entre outras coisas, porque emergiu numa inserção múltipla (de instituições acadêmicas, de serviços de saúde e de movimentos sociais) no processo de reforma sanitária em curso no Brasil, buscando ampliar o olhar e a intervenção sobre o objeto saúde bucal; mas como saber estruturado, sua inserção nos cursos de formação odontológica sofre as influências de suas antecessoras como se delas fosse apenas uma evolução, sem descontinuidades, à medida que o *locus* de sua produção é, em sua maioria, os antigos Departamentos e Programas de Pós-Graduação em Odontologia Social, em Odontologia Preventiva, Odontologia Comunitária e afins. Nesse *locus* coexistem antigos e novos saberes em disputa, nem sempre explícita, e em processo permanente de (des)construção provocados, cotidianamente, pelas demandas e pelos processos que se produzem nos serviços de saúde (lugar também de produção de saber, mas privilegiadamente produção de práticas de saúde bucal coletiva) e na sociedade, para quem o objeto saúde bucal já não se restringe a um bem de consumo meramente odontológico e já se esboça como um direito de cidadania. Estes são apenas alguns traços desta disputa que busca uma identidade para a saúde bucal coletiva, embora outras forças componham esta cena como, por exemplo, algumas vertentes epidemiológicas de conteúdo clínico e de fatores de risco que tendem atrair para si um certo “*status científico*”.

Por outro lado, as qualificações de *social*, na odontologia ou de *coletivo*, na saúde bucal, não amenizaram o conteúdo odontológico predominante. No interior do que denominamos saúde bucal coletiva convivem também em disputa saberes e práticas mais ou menos odontológicos com outros saberes não odontológicos; estes, em especial, advindos das ciências humanas e sociais. Nesta arena, parece-me salutar buscar outro diálogo de convivência que dê ouvido e voz a essa polifonia discursiva. Geralmente, este debate é difícil de se realizar, porque quando pretendemos amenizar o efeito odontologizante da saúde bucal, podemos ser interpretados como contrários ao

odontológico ou, mais grave ainda, à odontologia. No lugar desta interpretação equivocada, o que se pretende é diminuir os efeitos deletérios do *excesso odontológico* e colocar em relevo o valor útil e benéfico do que é odontológico.

A delimitação do objeto da saúde bucal coletiva e de seu contorno-entorno é *naturalmente* problemática pela dificuldade de reconhecê-la, ao mesmo tempo, como disciplina odontológica e não-odontológica. Talvez aí adquira relevância a tentativa de defini-la como paradigma científico, conforme destacado no artigo em debate. O paradigma científico kuhniano pressupõe o enquadramento do conhecimento em um conjunto de regras bem delimitadas comuns aos integrantes de uma comunidade, possibilitando o desenvolvimento científico *normal*, ou seja, só é possível considerar problema interno ao paradigma àquilo que ele se propõe resolver. É pelo distanciamento das *anomalias* que se garante o desenvolvimento e o grau máximo de especialização de um conhecimento científico. As *anomalias* só são reconhecidas pelo paradigma em crise, e é a partir delas que se realizam as revoluções científicas. Nesta configuração paradigmática, a saúde bucal coletiva estaria vivenciando sua crise revolucionária, pois seu motor criativo tem sido as *anomalias* que provocam sua pretensa normalidade científico-odontológica. Deste modo, penso ser interessante debruçarmo-nos sobre os trabalhos científicos com temas em saúde bucal que têm sido apresentados nos diversos congressos promovidos pela Abrasco, durante a última década.

Fritjof Capra propôs ampliar a concepção kuhniana de paradigma científico para paradigma social definindo-o como *uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhadas por uma comunidade, que dá forma a uma visão particular de realidade, a qual constitui a base da maneira como a comunidade se organiza* (Capra⁴). A definição de Capra, mesmo ampliando a noção de paradigma científico, ainda não se aplica à saúde bucal coletiva porque a sua história ainda resiste a enquadramentos homogêneos, sendo produzida numa arena de disputa múltipla, mesmo que dentro dela ainda subsistam conteúdos odontológicos hegemônicos.

Com as observações acima quero corroborar com a discussão do autor em debate ao reafirmar a natureza paradigmática da saúde bucal coletiva. A meu ver, o que se evidencia na pro-

dução da mesma é o caráter de saber produzido pela prática social de sujeitos.

Relembro, brevemente, Michel Foucault para quem *práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento* (Foucault⁵). Deste ponto podemos traçar outra trilha de investigação sobre os contornos e o entorno do objeto daquilo que denominamos saúde bucal coletiva. Este percurso remeterá, necessariamente, a recompor sua genealogia, ou seja, não apenas as condições de possibilidade de sua existência discursiva, mas como a existência como prática social produziu saberes e sujeitos do discurso *saúde bucal coletiva*. Uma investigação genealógica à maneira foucaultiana de interrogar como se produziu este saber a partir de relações de força e de relações políticas na sociedade. Creio ser esta tarefa possível e necessária, como desdobramento deste debate.

Bucalidade: um conceito-ferramenta para ampliar a clínica em saúde bucal?

Por último, quero destacar o conceito de bucalidade como potencial para ampliação das concepções sobre o adoecer bucal e, conseqüentemente, das práticas de saúde bucal. Botazzo⁶, ao introduzir o conceito *bucalidade* na discussão da clínica odontológica, colocou em evidência o caráter restritivo desta clínica, na qual *ficam ressaltados os “componentes mecânicos” da sua prática, dos quais decorrem a ênfase nas técnicas e no adestramento da mão*. A clínica odontológica ao restringir seu objeto à dentadura humana afastou desta não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio “dono” da boca.

Bucalidade parece-me, pois, ter a potência de operar como um conceito-ferramenta capaz de colocar em xeque a restrição da clínica odontológica, convocando-a para necessidade de uma clínica em saúde bucal e mais que isto: de rejunta saberes desta clínica ampliada com os da saúde bucal coletiva. Utilizo a expressão “conceito-ferramenta”, inspirada na idéia deleuzeana (Foucault⁷) sobre o uso do conceito como ferramenta, em debate sobre o papel do intelectual. Para ele, a teoria seria uma espécie de “caixa de ferramentas” para as pessoas dela se servirem, inclusive o próprio teórico. Desta maneira, a teoria não se totaliza, mas se multiplica.

A clínica ampliada em saúde bucal necessita de, pelo menos, dois movimentos, simultâneos e interligados: um, interno, em direção à boca como *órgão-parte* do corpo e ao próprio corpo clínico anátomo-patológico; este movimento exige incorporação de saberes específicos do adoecer bucal, mas que se comuniquem com os demais saberes que a clínica médica produziu sobre o funcionamento do corpo. Percebemos algumas tentativas desta ampliação que parecem reforçar o conteúdo médico de algumas especialidades “buciais”, como por exemplo, a denominação *medicina oral*. Ressaltamos que não se trata disto ou de qualquer vertente corporativa que buscaria “elevar” o *status* da profissão como especialidade médica; o que se pretende em nossa proposta de ampliação é romper com a fragmentação no conhecimento e nas intervenções sobre o corpo. O segundo movimento, que não é peculiar apenas à clínica odontológica, é o de ampliar a noção de corpo biológico para além do arranjo funcional de órgãos, células e moléculas, no qual se manifestam doenças. Nesse sentido, o biológico adquire a conotação do “vivo” e de sua interação sistêmica. O corpo vivo produz vida à medida que interage no meio com outros corpos, e esta vida é qualificada por uma existência que, inclusive, produz também doenças. Portanto, a clínica não pode prescindir de dar escuta a tais *existências*, que são produzidas em condições históricas por sujeitos que também se produzem, historicamente, em contextos e situações concretas. A ampliação da clínica nesta direção é, necessariamente, um exercício inter e transdisciplinar, exigindo diálogo entre diversos saberes científicos, e entre saberes científicos e da tradição, aproximando-se daquilo que Samaja sugeriu como *transapiência* (termo sugerido por Juan Samaja, filósofo argentino com atuação na área da saúde, em conferência proferida durante o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Salvador, em setembro de 2000).

Compreendo que a escuta qualificada do sujeito doente e o diálogo com ele é condição técnica e ético-política para a ampliação da clínica se realizar. Nesta clínica ampliada não teríamos *paciente* e profissional em situação hierárquica verticalizada e de passividade, mas *sujeitos em relação* cooperativa e em posições de diferença, e não de desigualdade, produzindo saberes e intervenções possíveis sobre doenças e condições de adoecimento.

E por que considero *bucalidade* um conceito-ferramenta para ampliar a clínica e rejunta-

la à saúde bucal coletiva? Ora, o acúmulo técnico-científico que a odontologia produziu encontra, de um lado, sua dificuldade de expansão na própria desigualdade socioeconômica que separa consumidores de tecnologias simplificadas, e até ultrapassadas, dos consumidores de tecnologias sofisticadas, se pensarmos em situações polares. Por outro lado, o mecanicismo do ato odontológico predominante em intervenções nos tecidos duros (dentes e ossos) tem como efeito representações que remontam técnicas utilizadas por civilizações arcaicas, quando estamos em plena época da tecnologia digital. Somam-se ainda as iatrogenias que o próprio mecanicismo resulta.

Bucalidade, ao tratar das propriedades inerentes ao bucal – manducação, erotismo e linguagem –, resgata, portanto, a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potência desse território corporal, destacando-o como lugar de afirmação da vida. Desta maneira, permite visibilidade a sua multiplicidade de significados e ao limite odontológico, não podendo deixar de interrogar a clínica e colocá-la em análise, fazendo emergir os efeitos deletérios de sua prática restritiva, sobretudo da naturalização da perda dentária e da ênfase ao “protesismo”. O que revelam, de imediato, tais efeitos? O banguela como fenômeno sócio-histórico é símbolo de exclusão social e nesta a perda de dentes é apenas mais um componente de faltas incalculáveis, que nenhum dado estatístico seria capaz de descrevê-las já que são perdas marcadas não apenas em suas condições aparentes, mas, sobretudo, em subjetividades de sobreviventes. É desta relação mais íntima entre clínica odontológica e exclusão social, que quero dar relevo ao conceito de bucalidade para refletirmos sobre o caráter técnico, ético, estético e político da clínica. Quando atuamos em indivíduos, como alguns discursos se referem ao que seria o caráter *menor* da clínica, estamos atuando em corpos de sujeitos que se produzem coletivamente, portanto não há separação entre individual e coletivo – a não ser em nossas cabeças e em nossos esquemas didático-pedagógicos para sistematizar nossas ações. O efeito individual é também coletivo e vice-versa, portanto quando atuamos na clínica estamos tratando de sujeitos, individual e coletivo; e quando atuamos em saúde coletiva estamos interferindo em sujeitos, individual e coletivo. A diferença é que na primeira, estamos lidando com a singularidade de um indivíduo e no outro, estamos lidando com a singularidade de uma comunidade.

de, população, etc., mas ambos se produzem no coletivo, resultante do engendramento de múltiplas relações. Na questão da naturalização da perda dentária e do “protesismo” instituídos na clínica odontológica, por exemplo, não podemos desvincular desta o efeito do banguela como símbolo de exclusão. Este é apenas um dos exemplos, mas poderíamos falar de tantos outros como o efeito da cosmética dental no consumismo protético da sociedade contemporânea ou do consumismo protético da sociedade contemporânea na cosmética dental.

Consideração final

As respostas que tentei explorar sobre as duas interrogações que levantei a partir do texto em debate, certamente não se esgotaram aqui e não era esta a minha intenção. Entre elas, gostaria de ressaltar a provocação de debater ampliar a clínica em saúde bucal, em que *bucalidade* me parece ser um conceito-ferramenta potente para, por um lado, resgatar a dimensão do *cuidado bucal*, de certa forma perdida na clínica odontológica ou muito restrita a prescrições higiênicas, e por outro lado, para dialogar com a dimensão do *reparo de dentes* própria desta clínica, numa perspectiva de reconhecer a capacidade tecnológica e a responsabilidade ético-política da clínica em saúde bucal restituir a dignidade perdida de quem precisa de seus reparos protéticos, e também cosméticos. E, sobretudo, um conceito-ferramenta que possibilite a escuta qualificada das necessidades bucais de sujeitos, acolhendo-as em seu patrimônio de conhecimentos e de práticas, mas também permitindo-se ao desvio transdisciplinar no diálogo, na relação e na invenção de outros saberes, entre eles, os que compõem a saúde bucal coletiva.

Referências

1. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odont & Soc* 2001; 3(1-2):47-52.
2. Moysés SJ & Sheiham A. A saúde bucal coletiva: personagens, autores ou ... Pirandello de novo? In: L Kriger, organizador. *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 2003. p. 387-442.
3. Deleuze G, Gautarri F. O que é um conceito? In: Deleuze G, Gautarri F. *O que é filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34; 1992. p. 25-47.
4. Capra F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix; 1997.
5. Foucault M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau; 1996.
6. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Foucault M. Os intelectuais e o poder. In: Foucault M. *Estratégia, poder-saber*. Ditos & Escritos IV. (textos selecionados por Manoel Barros de Motta) Rio de Janeiro: Forense; 2003. p. 37-47.

Bucalidade e existência

Buccality and existence

Marcos Azeredo Furquim Werneck ⁴

As escolhas e os caminhos

A leitura do artigo de Botazzo, intitulado “Sobre a bucalidade. Notas para a pesquisa e contribuição ao debate”, suscitou em mim a reflexão daquilo que vem sendo a prática da saúde bucal coletiva nos âmbitos da formação universitária e dos serviços públicos. Reflexão fundamental, uma vez que ambos os campos encontram-se impregnados de situações nas quais a bucalidade se apresenta em seus formatos singulares, expressivos e, comumente, não compreendidos pelos sujeitos das ações que a envolvem. Fato este que, por si só, mostra a obtusidade desta prática e expõe seus limites, deixando nu um enorme campo ainda não visitado por estes sujeitos, mas cuja nova perspectiva de deslindamento e, por que não, de deslumbramento pode ser revelada (se nos atrevermos a ir além), permitindo-nos um encontro feliz com a bucalidade e seus significados.

Não há como discordar de Botazzo quando afirma a acomodação confortável da bucalidade *numa Teoria Social da Saúde [...] da qual fez aparecer sua instabilidade essencial como modo de existir (pois esta instabilidade é antes constituída no objeto, isto é, no modo de ser do homem)*. O autor justifica tal afirmação após situar a boca como “lugar institucionalizado e lugar de função institucional tanto quanto o é a Saúde Coletiva”. Refere-se à materialidade do processo saúde e doença, como indicação de que “a doença e o doente são produtos históricos”. Para o autor, a boca humana é instituída pois se “participa da reprodução social, o faz em meio a prescrições, ritmos,

⁴ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG. mawerneck@terra.com.br