



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

JOFMAN BARRETO MARQUES

MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL.

JOÃO PESSOA-PB

2012

JOFMAN BARRETO MARQUES

MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL.

Monografia apresentada à banca Examinadora do Programa de Pós-graduação Gestão em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Especialista em Gestão na Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Ms. Jancelice dos Santos Santana.

João Pessoa– PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M357m Marques, Jofman Barreto.

Modelos de assistência em saúde bucal no Brasil
[manuscrito] / Jofman Barreto Marques. – 2012.

34f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em
Gestão em Saúde) – Universidade Estadual da Paraíba,
Secretaria de Educação a Distância - SEAD, 2012.

“Orientação: Prof^ª. Ms. Jancelice Dos Santos Santana”.

1. Serviços de Saúde Bucal. 2. Assistência Social. 3. Saúde Bucal.
I. Título.

21. ed. CDD 362.104 25

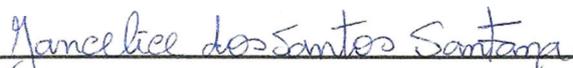
JOFMAN BARRETO MARQUES

MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL.

Monografia apresentada à banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Gestão em Saúde, nível do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Especialista em Gestão na Saúde.

APROVADO EM: 06/06/2012.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Ms. Jancelice dos Santos Santana (Orientadora)
Instituto de Ensino Superior da Paraíba



Profa. Ms. Ana Lúcia de Medeiros (Membro)
Instituto de Ensino Superior da Paraíba



Prof. Ms. Wesley Dantas de Assis (Membro)
Instituto de Ensino Superior da Paraíba

João Pessoa– PB

2012

AGRADECIMENTOS

A Deus, o maior mestre; o Criador; aquele que me permitiu caminhar a passos largos, outras vezes curtos, mas que me concede diariamente o doce sabor do viver e que me faz sentir realizado, à medida que as conquistas acontecem, de acordo com o Seu poder.

À minha esposa, Alice Dantas Vieira, o motivo grandioso da minha alegria, a minha amiga e companheira do dia-dia.

Aos meus pais José Marques Sobrinho e Maria Daluz Barreto Marques (In memoriam), pelo apoio eterno e incondicional, pelo carinho e pelas boas lembranças que me auxiliam a enfrentar os obstáculos da vida.

Às minhas irmãs Janine Barreto Marques e Jeanne Barreto Marques, pelo apoio, ainda que estejam distantes, mas sempre presentes em meu coração.

À professora Jancelice dos Santos Santana, pela grande colaboração dispensada neste trabalho, cuja paciência e empenho foram determinantes para a conclusão deste projeto.

À tutora Vanessa Carreiro Paulino agradeço por estar presente durante todo o curso, repassando informações, orientando, esclarecendo dúvidas e apoiando o aluno, que muitas vezes está distante.

RESUMO

No Brasil, os modelos assistenciais em saúde evoluíram em meio a tropeços e conquistas. Atualmente abrangem grande parte da população, utilizando-se de serviços preventivos, curativos, muitas vezes especializados e baseados em estudos atuais e em experiências passadas. Este trabalho objetivou investigar, com base na literatura da área, a evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal postos em prática no Brasil. Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter descritivo, realizado através de levantamento bibliográfico e revisão do material selecionado na literatura pertinente ao tema proposto. Os modelos destacados nas publicações científicas utilizados como referência foram, além do Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o Programa Saúde da Família. Os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no país devem começar a trabalhar exatamente a partir deste ponto: um reordenamento da prática odontológica com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção. A defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros é, portanto, a base desta estratégia. Entretanto, todos os modelos até então elaborados constituíram a evolução da assistência odontológica pública brasileira. A organização da demanda por serviços odontológicos e a incorporação das diretrizes do Sistema Único de Saúde apontam para a estruturação de um modelo assistencial com base na universalidade e na integralidade da atenção e na equidade. A apropriação do conhecimento acerca da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil é indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer à população os princípios do SUS.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde Bucal. Modelos assistenciais. Saúde Bucal.

ABSTRACT

In Brazil, care models evolved amongst problems and victories and nowadays they encompass a great part of the population by using preventive and healing services, most of the times specialized ones and based on present studies and on past experiences. This research aimed at investigating, grounded in field literature, the evolution of care models in oral health accomplished in Brazil. It is a bibliographical study, of descriptive character, carried out by means of a bibliographical survey and review of the selected material in literature pertinent to the proposed theme. The models highlighted in the scientific publications used as reference were Incremental System, Care Inversion Program, Precocious Care in Dentistry and Family Health Program. Care models in oral health, being implemented in Brazil, may start functioning exactly from this point: a reorganization of dentistry practice with meaningful changes in the approach concerning oral health-disease process. The SUS promotes a philosophical and programmatic basis which points out for this conception change. SUS defense, as a health system for all Brazilian citizens, is, however, the foundation of this strategy. Nevertheless, all models made up so far constituted the evolution of the Brazilian public dentistry care. The organization of the demand for dentistry services and the incorporation of guidelines of the Unique Health System signalize the implementation of a care model with respect to the universality and integrality of care and equity. Knowledge appropriation in regard to the evolution of care models in oral health in Brazil is remarkable for the construction of public dentistry with major efficacy and quality so that the SUS principles can really mean to the population.

Keywords: Oral health services. Care models. Oral health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AP	Atenção Primária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CD	Cirurgião Dentista
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PB	Paraíba
PSF	Programa de Saúde da Família
PNSB	Programa Nacional de Saúde Bucal
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	11
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	12
4. REFERÊNCIAL TEÓRICO	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
6. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

A profissão de cirurgião-dentista, inicialmente praticada de forma artesanal e empírica, assume atualmente seu caráter técnico-científico e humanista. Dessa forma, os valores e princípios atribuídos ao profissional Odontólogo se alteraram, tendo a classe obtido o merecido respeito e credibilidade por parte da população (CRUZ, 1997).

Contudo, o Brasil conta hoje com um número considerável de cirurgiões-dentistas, cerca de 20% dos Cirurgiões-dentistas (CDs) do mundo (MORITA ET al, 2010). Dados recentes indicam que existem cerca de 244 mil dentistas no Brasil (CFO, 2010) e que são formados mais de 9,5 mil a cada ano (cerca de 26 por dia, ou seja, mais de um a cada hora). Quanto à distribuição total de CDs nas regiões brasileiras, destaca-se que três quartos dos dentistas estão concentrados no Sudeste e Sul do país. Essa distribuição encontra grande semelhança com a distribuição da participação percentual das grandes regiões do PIB a preço médio de mercado. Embora a proporção média de profissional por população esteja entre as menores do mundo, sendo de um dentista para cada 838 habitantes, enquanto que a média mundial é de um CD para 62,5 mil habitantes, a presente pesquisa mostra que há importantes disparidades regionais (MORITA et al, 2010).

Parece estar claro que o problema reside, entre outras razões, no modelo de prestação de serviços. A oferta de serviços públicos de Odontologia, na maioria das vezes, reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada com ênfase em atividades restauradoras. Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda. Historicamente, a Odontologia no campo da Saúde Coletiva tem experimentado diversas fórmulas de organização da demanda, as quais, em sua maioria, trabalham a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea (NARVAI, 1994; ZANETTI, 1993; ZANETTI et al., 1996; OLIVEIRA et al., 1999).

As primeiras experiências com modelos gerenciais mais articulados se deram no início da década de 1950, implementadas pela então Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), hoje Fundação Nacional de Saúde, e se basearam em um modelo importado dos Estados Unidos de prestação de serviços a escolares, o Sistema Incremental. Este sistema, apesar das inúmeras críticas que lhe foram feitas, manteve-se como hegemônico e foi utilizado em quase todas as regiões do Brasil. De uma forma geral, boa parte dos sistemas de prestação de serviços odontológicos mantiveram uma assistência razoavelmente organizada a

escolares e, ao restante da população, foi oferecido o atendimento do tipo livre demanda (NARVAI, 1994, OLIVEIRA et al., 1999; PINTO, 2000).

No final dos anos 1980, como resultado de um processo histórico de articulações da sociedade civil organizada, particularmente do Movimento Sanitário, é contemplada na Constituição de 1988 boa parte das propostas discutidas dois anos antes, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Entre elas, o conceito ampliado de saúde e a explicitação, em seu artigo 196, da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Era o fim de um ciclo que foi marcado por políticas assistenciais excludentes, reflexo de uma cidadania regulada e de um Estado repressor. A Constituição também previa que a assistência à saúde seria prestada através de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter universal, equitativo e democrático, operacionalizado de forma descentralizada e regionalizada, compondo uma rede de serviços hierarquizada e centrada nas atividades de promoção de saúde (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários.

Decorridos 12 anos de sua contemplação na Carta Magna e dez anos de sua regulamentação pela Lei Orgânica, o SUS ainda enfrenta grandes desafios para a sua efetiva implementação. Não obstante, o modelo de assistência proposto pelo SUS, de caráter universal, vai de encontro à tendência econômica mundial para os países da América Latina, de corte de gastos na área social, como reflexo das políticas de ajuste definidas pelos organismos financeiros internacionais, entre eles o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial. Assim, ao mesmo tempo em que vivemos um processo de reforma do Estado sem precedentes, capitaneado por políticas sociais de inclusão, como o SUS, uma outra reforma, igualmente avassaladora, toma curso a partir do estabelecimento de um modelo econômico centrado na ideia de Estado mínimo. Da mesma forma que é possível constatar avanços na implementação do SUS em vários municípios brasileiros, observa-se também tentativas de reversão que vão desde mudanças na legislação a mecanismos de incorporação da lógica de mercado na prestação de serviços de saúde.

As alternativas para o enfrentamento destes desafios ainda estão sendo geradas em experiências pontuais em diversos municípios do País, que estão tentando implementar

modelos assistenciais voltados para as suas realidades específicas e mantendo os princípios de um sistema de prestação de serviços universal e equitativo (OLIVEIRA et al., 1999).

Partindo desses pressupostos sentimos a necessidade de um estudo que investigasse o processo evolutivo dos modelos assistenciais em saúde bucal postos em prática no Brasil, uma vez que são escassas as matérias relacionadas com essa temática.

2. OBJETIVO GERAL

Investigar, com base na literatura da área das ciências da saúde, especificamente no campo da odontologia, a evolução dos modelos de assistência em saúde bucal postos em prática no Brasil.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter descritivo, realizado através de levantamento bibliográfico e revisão do material selecionado na literatura pertinente ao tema proposto. Segundo Ruiz (2002), a pesquisa bibliográfica consiste na análise da bibliografia, ou seja, do conjunto de livros escritos sobre determinado assunto, por autores de diversas correntes de pensamento ao longo da história humana. O referido autor ainda ressalta que a finalidade da pesquisa bibliográfica é levantar e analisar obras já existentes sobre o assunto escolhido como tema de pesquisa.

Para Prestes (2003), a pesquisa bibliográfica realiza-se na tentativa de solucionar problemas ou aumentar o conhecimento pertinente a dados obtidos de gráficos, sons ou informações.

A pesquisa descritiva tem por finalidade descrever fatos e características presentes em uma determinada população ou área de interesse e está voltada principalmente para o presente. Para a realização deste tipo de pesquisa é necessário um elemento interpretativo combinado com comparação, contraste, mensuração, classificação e avaliação (GRESSLER, 2004).

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada ao longo dos meses de janeiro a abril de 2012. Na revisão bibliográfica concentramo-nos em livros e artigos científicos de produção nacional e internacional, realizando a busca na base de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no Banco de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), por meio do acesso ao *site* da Bireme (www.bireme.br). Na busca utilizamos as palavras chaves “saúde bucal” e “serviços odontológicos”. Procuramos analisar o material e selecionamos aqueles que enfocariam a questão norteadora do presente estudo.

3.3 Processamento de Coleta e Análise dos Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dados secundários, obtidos em livros, revistas e artigos científicos. Os dados obtidos foram analisados cujo conteúdo nos ajudou na compreensão do tema pesquisado e assim permitiu a elaboração desta monografia.

4. REFERENCIAL TEORICO

4.1 - POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No que diz respeito às ações de assistência, o surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve, como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). No mesmo ano de surgimento das Caixas, em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (TOMAZI, 1986; LUZ, 1991; MENDES, 1993; OLIVEIRA & SOUZA, 1997; CUNHA & CUNHA, 1998). As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e eram responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica.

Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAP's, cobrindo mais de 140 mil beneficiários (MENDES, 1993). No período das CAP's, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998).

A partir de 1930 uma nova forma de organização previdenciária surge através dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), desta vez organizados por categoria profissional e com uma maior participação do componente estatal. São fundados os institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI), entre outros. Nesta fase, há uma maior contenção de gastos, tendo a previdência atravessado um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário dentro dos Institutos. Os superávits dos Institutos formam um patrimônio considerável a ponto de a Previdência participar nos investimentos de interesse do governo (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998).

No que concerne à saúde pública, esta fase corresponde ao auge do sanitarismo-campanhista, característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do País, mas com interesse estratégico

para a economia, como a região de produção de borracha na Amazônia (CUNHA & CUNHA, 1998).

Não por acaso, o surgimento dos IAP's coincide com uma nova fase da política brasileira, estabelecida com a Revolução de 1930. Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura imposta por Vargas com o Estado Novo em 1937. Trata-se de uma fase de profunda centralização e conseqüentemente maior participação estatal nas políticas públicas que, em razão da característica do governo ditatorial, corporificaram-se em medidas essencialmente populistas (BERTOLLI FILHO, 1998). Assim, nesta fase do governo populista de Getúlio Vargas, marcado por crises que resultaram em movimentos da classe trabalhadora, diversas outras medidas, dentro das políticas sociais, foram tomadas no sentido “mais de cooptar as categorias de trabalhadores que, a cada dia, avançavam em sua organização, e menos de responder aos problemas estruturais da vida daqueles trabalhadores” (OLIVEIRA & SOUZA, 1997).

Nesta ocasião foi criado o Ministério do Trabalho e foram estabelecidas diversas medidas para a regulação da atividade sindical, entre outras estratégias de manutenção da legitimidade. Um aspecto importante desse período é a mudança no modelo econômico e conseqüentemente a alteração no foco de atuação da assistência. Com a tendência de declínio da cultura cafeeira e a mudança de um modelo agroexportador para um modelo de característica industrial incipiente e tardio, a necessidade de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias é deslocada para a manutenção do corpo do trabalhador, a esta altura mais importante dentro da cadeia produtiva emergente (MENDES, 1993; OLIVEIRA & SOUZA, 1997). O regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, trouxe como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. De outro lado, também provocou uma centralização crescente da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos vários IAP's em 1966 (MENDES, 1993; OLIVEIRA & SOUZA, 1997).

A partir de então foi criada uma estrutura considerável em torno da Previdência Social, com uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional. Neste sentido, o Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou o seu poder nas frentes econômica e política, pelo aumento nas alíquotas e também

no controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das CAP's e dos IAP's (MENDES, 1993).

A lógica da prestação de assistência à saúde pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Estabelece-se, então, o “complexo previdenciário médico-industrial” composto pelo sistema próprio e o contratado (conveniado ou credenciado). Já na metade da década de 1970 é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese, de “uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo” (CARVALHO & GOULART, 1998).

Esse modelo excludente provocou uma capitalização crescente do setor privado; no entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime. Os indicadores de saúde da época, entre eles o Coeficiente de Mortalidade Infantil, pioravam assustadoramente, mesmo em grandes cidades como São Paulo e Belo Horizonte. Intensificam-se movimentos sociais e as pressões de organismos internacionais, de modo que, já no governo Geisel, entre 1974 e 1979, há uma preocupação maior em minimizar os efeitos das políticas excludentes através de uma expansão na cobertura dos serviços (LUZ, 1991; MENDES, 1993).

No âmbito das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 70, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária*, amplia-se mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (OLIVEIRA & SOUZA, 1997; WERNECK, 1998).

Um dos marcos deste movimento ocorreu em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Já neste momento foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o representante legítimo do movimento sanitário. Nesta proposta, já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado (OLIVEIRA & SOUZA, 1997; WERNECK, 1998).

As pressões populares e do movimento sanitário, embora inicialmente ignoradas pelo governo, geram algumas mudanças significativas no sistema, em particular no campo da extensão de cobertura e da atenção primária, resultado das repercussões da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, em 1978, quando a denúncia do quadro de saúde brasileiro foi colocada e onde foram estimuladas as práticas de cuidados básicos de saúde (WERNECK, 1998). Em 1981, o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado (RONCALLI, 2003).

Por outro lado, além dos movimentos populares internos pela democratização e por uma política sanitária de caráter mais universalista, e do panorama mundial apontar para a concretização de novas alternativas para os sistemas de saúde, centradas na Atenção Primária, muitos avanços foram conseguidos, institucionalmente, a partir da atuação de componentes do movimento sanitário dentro da estrutura do governo. A metade dos anos 1980 é marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico. A previdência, ao fim de sua fase de capitalização e com problemas de caixa oriundos de uma política que estimulava a corrupção e o desvio de verbas, apresentava-se sem capacidade para dar conta das demandas criadas. Na outra ponta, o regime autoritário teria que buscar formas de legitimação diante da insatisfação popular.

Na esteira destes acontecimentos cresce o Movimento Sanitário brasileiro, que teve como ponto alto de sua articulação a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986. O momento político propício, com o advento da Nova República, pela eleição indireta de um presidente não militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que a 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária. Com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a 8ª Conferência criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte. O Relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1986):

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a Reforma Sanitária brasileira concretiza suas ações no

plano jurídico-institucional. A que ficou conhecida como *Constituição Cidadã* (embora acusada de tornar o país “ingovernável” por alguns setores), incluiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e emoldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (BRASIL, 1988):

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre juízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

Estava criado o Sistema Único de Saúde, inserido numa proposta de seguridade social e sintetizando uma política social universalista “resultante de um desenho da Reforma Sanitária que rompeu e transformou, para melhor, o padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30” (CARVALHO & GOULART, 1998).

Com a implementação do processo de descentralização que se seguiu à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), multiplicaram-se os centros de decisão sobre saúde nas esferas estaduais e municipais, com reflexos nos programas de saúde bucal.

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS), é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 70 e 80, em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

No Brasil, a promulgação da Constituição em 1988 representou um marco na gestão de saúde com implicações para a saúde bucal que, entendida como uma dimensão inseparável da saúde, passou também a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado.

No âmbito odontológico, as deliberações aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (BRASIL, 1986) propuseram claramente a *“inserção da saúde bucal no sistema único de saúde [por meio de um] Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal [...] universalizado, hierarquizado, regionalizado e com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal”* (BRASIL, 1986b).

Apesar dos debates no Congresso Nacional, transformado em Assembleia Nacional Constituinte, e das proposições das Conferências de Saúde, os governos que se sucederam desde então não colocariam em prática as deliberações da 1ª CNSB. A resposta do governo federal, à época, expressava os conflitos do período. Por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a ação foi criar um Departamento de Odontologia no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e implementar, em 1988, um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF), planejado e executado de modo vertical e centralizado na direção geral do órgão, no Rio de Janeiro. Do mesmo modo e concomitante à iniciativa do INAMPS, o Ministério da Saúde (MS) definiu, em 1989, uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) lançando o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (Precad). Ambos os programas federais na área de saúde bucal foram definidos em absoluta contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde que, naquele contexto, passavam a se constituir em exigência claramente fixada pela Constituição da República promulgada em 1988 e fortemente reivindicada por lideranças municipalistas (NARVAI, 2008).

Com isso, o governo federal sinalizou, naquele momento, grande falta de sintonia com as aspirações de estados e municípios. Além de praticamente ignoradas as deliberações da 1ª CNSB, o governo desconsiderou também o conjunto de proposições aprovadas no Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (Enatespo), expresso no documento intitulado *“Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático”*, por meio do qual, entre outras proposições, reivindicavam-se o direito e a necessidade de estados e municípios planejarem ações de saúde bucal, de acordo com suas respectivas realidades sociais e epidemiológicas (ENATESPO, 1984; MANFRE DINI, 1997; PIRES-FILHO, 2004; NARVAI, 2008).

Em 1989, o então presidente de República Fernando Collor pôs fim aos dois programas nacionais (PNCCSF e Precad) formulados na gestão que o precedeu, definindo sua política nacional de saúde no documento *“Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995: a saúde do*

Brasil Novo”, mas sem explicitar uma política nacional específica para a área de saúde bucal (NARVAI, 2008; FRAZÃO, 2009).

Durante o governo Collor, a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; o INAMPS foi extinto, mas a lógica de financiamento por meio de um sistema de transferência de recursos por produção de serviços foi mantida. Com a manutenção dessa lógica de financiamento, os estados e os municípios passaram a ser considerados meros prestadores de serviço ao Governo Federal. Nesse contexto, foi aprovada a portaria nº 184, que inseriu os “Procedimentos Coletivos” (PC) de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, criando condições para que atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (entre as quais aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado) pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FRAZÃO, 1998).

A introdução dos Procedimentos Coletivos nos programas escolares foi marcada essencialmente pela contradição de questionar a prática e as bases teóricas do sistema incremental, impulsionando fortemente ações educativo-preventivas e, por outro lado, fazê-los segundo uma lógica de financiamento indutora de distorções e desvios mercantilistas. O sistema incremental foi uma tecnologia desenvolvida no Brasil no âmbito do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fortemente associada ao planejamento normativo que caracterizava a instituição, de forma centralizada e vertical, que, segundo Pinto (2000), objetivava o atendimento dentário completo de uma dada população escolar, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-as sob controle, segundo critérios de prioridades quanto à idade e aos problemas. O Sistema Incremental praticamente se tornou sinônimo de odontologia escolar e de “modelo de saúde bucal” no setor público, influenciando decisivamente por quase meio século as ações do setor em todo o país (NARVAI, 1994).

A Constituição de 1988 representou um avanço considerável, visto que é reconhecida internacionalmente como referência em termos de políticas de saúde e base jurídico-constitucional. No período seguinte, 1989-1990, foi elaborada a lei n.8.080 de 19/09/1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Além disso, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se à legislação em âmbito regional e municipal e repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e da

pactuação entre as diferentes forças políticas observados na Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 1990).

As Leis Orgânicas Municipais, promulgadas em 1990, incorporaram os princípios constitucional, federal e estadual e trazem para os municípios um novo papel frente ao Sistema Único de Saúde. Apesar desses avanços, os outros interesses corporativos do setor privado de grupos ameaçados com a extinção de seus órgãos (como os funcionários do INAMPS, SUCAM, SESP, etc.) e as das gerências internas no poder executivo retardaram a regulamentação da saúde (CORDEIRO, 1984).

Vale acrescentar ainda que o presidente Collor efetuou um conjunto de vetos à proposta aprovada pelo Congresso Nacional que prejudicou sobremaneira a implantação do SUS. Esses vetos o concentraram em torno de dois grandes eixos:

- Os artigos referentes à regulamentação da participação e controle social (Conselhos e Conferências);
- A regulamentação do financiamento do SUS (transferência direta e automática para Estado e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Para ampliar o espectro legal, registrou-se uma intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária de Saúde, que forçou um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso e no governo, resultando na Lei nº 8.142, de 28/12/1990. Essa Lei resgatou a proposta de regulamentação da participação social (assegurando os Conselhos e Conferências com caráter deliberativo) e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde (Fundo Nacional de Saúde), assegurando repasses automáticos e condições para que os municípios e Estados pudessem receber recursos federais: fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários (BRASIL, 1990)

Não obstante, a realocação dos recursos odontológicos de unidades escolares para unidades de saúde, reorientando a atenção básica e criando condições para maior integração das ações de saúde bucal com os programas de saúde, em diferentes níveis do sistema, é considerada uma importante ferramenta de desenvolvimento da saúde bucal no SUS.

4.2 – MODELOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Para compreendermos a evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, precisamos saber que a Saúde Bucal, ou seja, os cuidados com os dentes já existia bem antes da criação da profissão de Cirurgião-Dentista e foi sendo erguida bem antes da fundação da

primeira faculdade. Desta forma, os modelos de saúde bucal são definidos e caracterizados baseando-se nas práticas odontológicas da época em questão, no contexto social em que estavam inseridos, nos recursos humanos disponíveis, nas tecnologias, ambientes e resultados obtidos no período em que foram criados. São teorias que nos ajudam a pensar sobre a realidade do ontem e do hoje (BLEICHER, 2004).

Para Narvai (1992), *assistência odontológica* refere-se “ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não”. Enquanto que *atenção à saúde bucal* envolve “o conjunto de ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde” (PINTO, 2000, p. 7).

O primeiro modelo assistencial em saúde bucal ficou conhecido como Odontologia Artesanal. Era uma prática rudimentar realizada pelos cirurgiões barbeiros, que além da barba e cabelo, eles também faziam extrações dentárias no meio da feira, entre a multidão, e como não havia faculdades, os ensinamentos eram passados de mestre para aprendiz. A prática era itinerante e meramente curativa, somente para aplacar a dor (BLEICHER, 2004).

Em 1841, com o surgimento da primeira faculdade de odontologia, em Baltimore, Estados Unidos, o modelo passa de artesanal para Odontologia Científica ou tradicional e em 1910, com o Relatório Flexner, passa também a ser chamada Odontologia flexneriana. Segundo Eugênio Vilaça Mendes (1993), este modelo tem como características o mecanicismo (o corpo humano é entendido como uma máquina), biologicismo (a odontologia fundamenta-se nas ciências biológicas), especialista (a boca ainda é dividida em partes, dentes, gengiva...), individualista (o indivíduo é considerado isoladamente), tecnicismo (dependente da técnica), curativismo (centra sua atenção na cura) e ainda mercantilista (fundamenta-se na venda de serviços). Como essa era uma prática desenvolvida no setor privado, havia a necessidade de sua ampliação para apresentação à sociedade civil; para isso teria que haver mudanças nesse modelo.

A assistência odontológica pública no Brasil foi se estruturado, nos anos 50 historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), hoje Fundação Nacional de Saúde, e se basearam num modelo importado dos Estados Unidos de prestação de serviços a escolares, o Sistema Incremental. Este sistema apesar de ter sofrido inúmeras críticas, manteve-se como hegemônico e foi utilizado em quase todas as regiões do Brasil. De uma

forma geral, boa parte dos sistemas de prestação de serviços odontológicos manteve uma assistência razoavelmente organizada a escolares e, ao restante da população, foi oferecido um atendimento do tipo livre demanda (RONCALI, 2000).

Portanto, apenas em 1951, com a criação da Seção de Odontologia no SESP, é que duas modalidades de práticas programáticas puderam ser observadas: fluoretação das águas de abastecimento público nas Companhias Municipais de Águas e Esgotos administradas pelo próprio SESP e a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico na forma de “Sistema Incremental”, ou seja, pela incorporação gradativa de indivíduos no atendimento a partir das menores idades, realizado por meio de um tratamento intensivo e executado em poucas sessões. (ZANETTI, 1993)

Sendo assim, o *Sistema Incremental* foi o primeiro sistema organizado de atenção pública, tendo como objetivo o atendimento odontológico de uma dada população, com a eliminação das necessidades acumuladas e a manutenção da saúde bucal (WERNECK, 1998).

O município pioneiro na implantação do modelo incremental foi Aimorés, no Estado de Minas Gerais, ainda na década de 50. O objetivo de sua programação era tratar as necessidades acumuladas da população definida até o completo tratamento para posterior controle (PINTO, 2000). Esse modelo surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores (CORREA, 1985).

O Sistema Incremental resume-se em um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventiva-educativa, que tenta resolver em curto espaço de tempo problemas acumulados em uma pequena parcela populacional (ZANETTI, 1996).

Apesar de o Sistema Incremental se tratar de um modelo programático, ou seja, em tese poderia ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (na verdade, um modelo de assistência a escolares) e se manteve como hegemônico durante mais de 40 anos (ZANETTI, 1993, ZANETTI et al, 1996).

Para Narvai (1994), o sistema incremental tornou-se ineficaz à medida que foi se "transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, e em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas". Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância na odontologia porque foi um marco da programação do serviço público odontológico, pois quebrou a hegemonia da livre demanda dos consultórios. Deve-se considerar, ainda, a época em que este

modelo foi idealizado, quando os conhecimentos a respeito de cariologia, microbiologia e planejamento em saúde estavam em um patamar inferior ao hoje experimentado. (ZANETTI, 1996)

Não obstante, diante de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, das discussões acerca do atendimento odontológico prestado pelo Estado e dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, novas opções programáticas surgiram, como a Odontologia Integral, a qual se baseava no modelo Incremental Sespiano com certas alterações (ZANETTI, 1996).

A Odontologia Integral ou “Incremental Modificado” como o fora denominado, na época, enfatizava a prevenção e reconhecia a cárie como doença infectocontagiosa; instituiu o retorno programado para manutenção preventiva e utilizava a ideia de equipe odontológica, formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico de higienização dentária e pelo auxiliar de consultório dentário (ZANETTI, 1996).

Em decorrência das críticas ao Sistema Incremental Modificado, surgiu no fim da década de 80 o Programa Inversão da Atenção, elaborado pelos professores Loureiro e Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (ZANNETI 1996). Esse modelo contrariou as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos. Ele adapta sua estrutura organizativa à doutrina do SUS e apresenta como característica o controle epidemiológico da doença cárie através da utilização de métodos preventivos. Somente depois de controlada a doença, inicia-se o tratamento restaurador definitivo, a reabilitação oral e a ampliação da cobertura populacional (ZANETTI, 1996).

O programa subdividia-se em três fases: “estabilização”, que tinha por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas individuais e coletivas, não invasivas, para o controle da doença, além de ações individuais e tecnologia invasiva para o controle da lesão; a segunda fase era a “reabilitação”, onde se dava o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença; na terceira e última fase se dava o “declínio”, onde a doença e a lesão estavam sob controle e onde, supostamente, trabalhava-se com a população sobre os fatores condicionantes, introduzindo a noção e métodos de autocuidado (MATOS, 1993; WERNECK, 1993; LOUREIRO & OLIVEIRA, 1995).

Porém, existiram críticas quanto à abrangência do Programa Inversão da Atenção. Para Zanetti (1996), esse modelo necessitava de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico.

Um ponto discutido por Narvai (1994) é o esclarecimento prévio das ações e objetivos do programa para seus usuários, pois quando as necessidades individuais não são resolvidas imediatamente pode haver resistência e oposição dos usuários que não entendem claramente o objetivo do programa, confundindo ações intermediárias de adequação do meio bucal com prestação de serviços de baixa qualidade.

Outro modelo difundido na odontologia foi a Atenção Precoce, que teve como pressuposto a observação de frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância (GUIMARAES, 2003). Esse modelo resgatou a clientela com idade inferior a seis anos, abandonada desde a década de 50 em virtude da força do modelo incremental, e introduziu nova mentalidade junto à população e aos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua (OLIVEIRA, 1997; WALTER, 1991)

A primeira experiência do modelo de Atenção Precoce no Brasil ocorreu na Universidade Estadual de Londrina, Paraná, com a criação da Bebê-Clínica, em 1985 (GUIMARAES, 2003; WALTER, 1991). A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar.

Observávamos na Atenção Precoce um modelo de sucesso para a clientela específica de crianças menores de três anos de idade, com resultados interessantes na redução de cárie dental tanto na idade assistida quanto nas idades subsequentes, incluindo os escolares de seis anos de idade (GUIMARAES, 2003). Entretanto, em alguns municípios, as clínicas - bebês foram implantadas sem lógica e estruturação programática (ZANETTI, 1996). Ainda assim, a atenção precoce foi um marco no desenvolvimento de políticas públicas de qualidade, uma vez que englobava o verdadeiro sentido da prevenção em odontologia. Entretanto, a implementação desse tipo de prática dentro dos serviços devia seguir a lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A disseminação de uma técnica preventiva dirigida apenas a uma população restrita, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, gerou modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes (BELLINI, 1991; REDE CEDROS, 1992).

Assim, buscando a integralidade e universalidade de atenção, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Uma nova perspectiva para a PNSB foi aberta pelo MS com a portaria 1.444, de 28/12/2000, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF” (BRASIL, 2000). Ele vem se caracterizando como uma das estratégias adotadas na maioria dos estados como modelo para a garantia de oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde, hoje sob responsabilidade dos municípios.

O PSF, segundo SOUSA (2000), assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde à população, cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão o seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo para os serviços assistenciais e permitir que os responsáveis pela oferta de serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir (BRASIL, 2001).

Portanto, o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem ampliado a discussão acerca da organização da atenção à saúde, visando alcançar a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social. A dinâmica de consolidação do SUS tem-se pautado na reorientação da Atenção Básica, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001).

Atualmente, não se referencia o PSF como um Programa e sim como Estratégia de prática de saúde (CHAVES, 2002). É assim que Santos et al (2006) citam o PSF como uma estratégia importante para a reorganização da atenção básica do SUS, com aspectos de agilização da descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população. Mas, segundo Marques e Mendes (2002), apesar de ser perceptível o potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças, há quem afirme que sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso e não tem garantido de forma sistemática o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura.

Por outro lado, a USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas “referências” necessárias, contatando outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na “contra-referência”, para continuar atuando no nível dos cuidados básicos (BRASIL, 2001).

Voltando-se para a Odontologia, desde 1999 as discussões da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde propunham a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) e culminaram na elaboração do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, com a regulamentação da inserção da saúde bucal no PSF através da portaria nº 267, de 06/03/01.

A inserção da saúde bucal no PSF é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. No novo modelo, apesar de tantas insuficiências, a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado para com o povo, construída em anos de exclusão e abandono (BRASIL, 1994).

Na época das sucessivas candidaturas de Lula à presidência da República, a construção da política se expressou no programa “Brasil Sorridente”, que teve uma longa maturação por parte das correntes políticas que, ao longo daqueles anos, foram alinhando-se ao ex-metalúrgico. Esse processo, iniciado na luta contra a ditadura, expressou-se nos Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (Eceo), Enatespo, CNS e CNSB e possibilitou a consolidação de um conjunto de propostas sistematizadas no Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2003).

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) logo após sua posse e integrada ao “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da portaria 2.607, de 10/12/2004 do MS. Nesse documento é enfatizada a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, sublinhada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia onde são identificados os princípios norteadores e as linhas de ação previstas (NARVAI, 2008).

São inegáveis, porém incipientes, os avanços alcançados com os modelos de atenção em saúde bucal ao longo da história. Mostraram-se significativos para se chegar a esta nova proposta, especialmente por apontarem erros e acertos neste percurso. No PSF, a saúde bucal

também apresenta desafios a serem superados; questões referentes à implantação das equipes, ao financiamento, à organização dos serviços e, sobretudo, aos recursos humanos. Este último pode ser visto como um dos maiores desafios, pois o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança de atitude dos profissionais em saúde bucal coletiva que atuam na atenção básica (SILVEIRA FILHO, 2002)

Na saúde bucal reorganizaram-se as práticas assistenciais onde foram adotadas novas bases e critérios, dentro da estratégia do PSF. Nesta proposta, o Ministério da Saúde apresenta como atribuições fundamentais dos profissionais que compõem a equipe da Saúde da Família, o planejamento de ações, ações de promoção e vigilância à saúde, o trabalho interdisciplinar em equipe e a abordagem integral da família. Detalha as atribuições de cada membro, competindo, especialmente, ao odontólogo:

- realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita;

- realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);

- realizar o tratamento integral no âmbito da atenção básica para a população adstrita;

- encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;

- realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;

- realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;

- prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;

- emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;

- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à da saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o planejamento local;

- coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde e às ações educativas e preventivas em saúde bucal;

- supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD.

Essas são as atribuições que configuram o modelo de atenção à saúde bucal, incluindo, além da assistência, as medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A partir de 2004, começaram a ser instalados em todos os estados brasileiros, com base na portaria nº1.570/GM, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Os CEO's são unidades de referência para as unidades de saúde encarregadas da atenção odontológica básica e estão integrados ao processo de planejamento loco-regional, sendo os custos para seu funcionamento compartilhados por estados, municípios e governo federal. O atendimento de pacientes com necessidades especiais e as ações especializadas de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor integram o elenco ofertado minimamente em todos os CEO's. O primeiro CEO foi inaugurado em Sobral/CE no dia 17 de março de 2004. Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS, em agosto de 2008, havia 675 CEO em funcionamento no país (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

O avanço representado pelos CEO's no serviço público odontológico decorre essencialmente da ruptura com a lógica de ofertar apenas cuidados odontológicos básicos no SUS, integrando tais unidades, necessariamente, a sistemas de referência e contra-referência (em 2003, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos eram de média e alta complexidade). O desafio que claramente emerge desse processo é não sucumbir às pressões clientelísticas e resistir à tentação de transformar os CEO's em portas de entrada do sistema de atenção (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

Enfim, desde 1988 (após a promulgação da Constituição) a assistência à saúde no país obteve grandes resultados, e avançou ao longo dos anos, baseada nos erros e acertos presentes em diversos governos. Portanto, os modelos assistenciais em saúde bucal definiram em diversas ocasiões, mas evoluíram, e atualmente contemplam grande parcela da população outrora desprotegida em políticas anteriores. Não obstante, o futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como serão equacionados, nos próximos anos, o desafio fundamental de fortalecer a sociedade civil, o respeito aos movimentos sociais populares e a consolidação da democracia. Manter a saúde bucal na agenda da gestão das políticas públicas exigirá esforços tão ou mais consistentes quanto os realizados nos primeiros 22 anos do SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com alguns dicionários, “evoluir” significa passar por transformações sucessivas; atualizar-se no que diz respeito a ideias ou convicções. Portanto, baseados neste princípio, assim progrediram os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Esta transformação acontece desde os primórdios da civilização, evidenciada na odontologia artesanal, um dos primeiros modelos assistências em saúde bucal, praticada em meio à multidão, de forma limitada, curativa e mutiladora. No Brasil, os sistemas evoluíram em meio a tropeços e conquistas e atualmente abrangem grande parte da população, utilizando-se de serviços preventivos, curativos, muitas vezes especializados e baseados em estudos atuais e em experiências passadas.

Os deslizes cometidos em políticas anteriores foram aperfeiçoados, e assim surgiram modelos adaptados às novas exigências populacionais, sendo a Constituição de 1988 a grande ferramenta reguladora do sistema. O povo, de forma direta e indireta (por meio dos representantes eleitos), passou a usufruir de poderes outrora usurpados. O poder que emana do povo evoluiu, e não obstante, também evoluíram os modelos assistenciais em saúde no país. E como o processo evolutivo na prestação de serviços assistenciais não cessa, pois as exigências da população sempre se modificam ao longo do tempo, o sistema de assistência em saúde bucal pode apresentar falhas importantes, cujas rédeas podem ser retomadas e colocadas na direção correta, baseadas em estudos e experiências.

Analisando os objetivos propostos pelo estudo, podemos dizer que os mesmos foram alcançados. Foi realizada, através de levantamento bibliográfico e revisão do material selecionado, uma descrição da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Os modelos destacados nas publicações científicas utilizadas como referência foram, além do Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o Programa Saúde da Família.

A partir dos resultados deste estudo, acreditamos que a apropriação do conhecimento acerca da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil é indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer a população os princípios do SUS.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL, **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21/03/1986. Brasília, DF, 1986a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 10 a 12/10/1986. Brasília, DF, 1986b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 25 a 27/09/1986. Brasília, DF, 1993.

BRASIL, Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Lei n. 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde dentro de casa. **Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28/12/2000. Diário Oficial da União 29/12/2000, seção 1, p. 85.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático de Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Recursos humanos em saúde bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD) e população residente, por Estado**. Brasília, DF, 2003.

BELLINI, Hamilton T. **Ensaio sobre programas de saúde bucal**. Biblioteca da ABOPREV, Fasc. 3. maio 1991.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.

BIREME. **Biblioteca virtual em saúde**. Capturado em 20 março. 2012. Online. Disponível na Internet <http://www.bireme.br>

BLEICHER, Lana. **Saúde para todos, já!** 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.

CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. (Orgs.). **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, v.1, n. 3, 1998.

CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família Satisfação dos membros da família inscritas em Goiania –Go**, 2002 [Dissertação mestrado].Rio de Janeiro: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Universidade do Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Cirurgiões Dentistas no Brasil**. Capturado em 15 de abril. 2012. On line. Disponível na Internet <http://www.cfo.org.br>

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

CRUZ, J. S.; COTA, L. O. M.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.11, p.307-313, 1997.

CUNHA, J. P .P.; CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde – Princípios**. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CUNHA, J. P. P.; & CUNHA, R. E. **Sistema Único de Saúde: Princípios**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 24 p.

Enatespo – 1º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. Goiânia, 5 a 8/12/1984. **Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático**. Goiânia, 1984.

FRAZÃO, P. **Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva**. In BOZZATO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas. São Paulo: EDUSC/Ed. UNESP, 1998. 229 p.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 64-71, 2009

GRESSLER, Alice Lori. **Introdução a pesquisa-** projetos e relatórios. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80**. *PHYSIS*. v. 1, n. 1 p. 77-96, 1991.

LOUREIRO, Carlos Alfredo, OLIVEIRA, Flávio J. **Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal**. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.

MANFRE DINI, M. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: Campos, F.C.B.; Henriques, C.M.P. (Org.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, p. 78-87, 1997.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS**. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MATOS, Divane Leite. **Análise do programa "Promoção de Saúde Bucal" implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte.** [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1993.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal.** In: _____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. Perfil atual e tendências do Cirurgião-dentista Brasileiro. 2010.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P.C. Epatespo: breve histórico. **Saúde e Sociedade**, n. 17, supl.1, p. 7-11, 2008.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial.** In: CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA SOCIAL/UFRN. Odontologia preventiva e social - textos selecionados, cap. 8. p. 114-121. Natal: EDUFRN, 1997.

PIRES-FILHO, F. M. **Políticas de saúde bucal - pingos e respingos: registros para uma contribuição crítica.** Porto Alegre: edição do autor, 2004.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico-do planejamento aos textos, da escola a academia.** 2 ed. São Paulo; Rêspel, 2003.

REDE CEDROS. **O que fazer nos municípios?** Cadernos de Saúde Bucal, CEDROS, 22p. 1992.

RONCALLI, A. G. **A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal. Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva.** Araçatuba, 2000. 234 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica** – guia para eficiência nos estudos. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.1 p. 53-61, 2006.

SILVEIRA, A. D. F. Odontologia no PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n. 4, p.18, 2002.

SOUZA, D. S. **A saúde bucal e a sua inserção no Sistema Único de Saúde.** Divulgação. n. 13. p.84, 1996.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TOMAZI, Z. T. **O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro.** Cadernos de Educação Política. São Paulo: Global Editora, 1986.

WALTER, Luís R. F.; GARBERLINI, Márcia L.; GUTIERREZ, M.C. **Bebê-clínica, a experiência que deu certo.** Divulgação em saúde para o debate. n. 6, p. 65-8, 1991.

ZANETTI, Carlo Henrique G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80.** [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

ZANETTI, et al. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS.** Divulgação, n. 13, p. 34, 1996

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, v 2, n. 2, p. 247-260, 1998.