

Eudes Davi Cordeiro
Hélio Marques França
Thales Vilas Boas Fonseca
Júlio César Mendes
Daniela Honda

Cinqüentenário da Programação Científica da
Odontologia Pública Brasileira: ascensão e esgotamento
do paradigma Sespiano.

Monografia apresentada como requisito para
obtenção do título de especialista. Curso de
Especialização em Odontologia em Saúde
Coletiva, Departamento de Odontologia,
Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de
Brasília.

Orientador: Carlo Henrique Goretti Zanetti

Brasília
Out/2001

FICHA CATALOGRÁFICA

C794c

Cordeiro, Eudes Davi.

Cinqüentenário da Promoção Científica da Odontologia Pública no Brasil: ascensão e esgotamento do paradigma Sespiano / Hélio Marques França; Thales Vilas Boas Fonseca; Júlio César Mendes; Daniela Honda – Brasília, 2001.

105 p.

Dissertação (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) – Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

1.Odontologia. 2.Saúde Pública. 3.Saúde Bucal Coletiva. 4.Políticas de Saúde Bucal. 5.Programação em Saúde Bucal. 6.História da Programação.

CDU 616.314-084

DEDICATÓRIA

Aos nossos familiares cujo apoio foi essencial para persistirmos na soma de conhecimentos, concretizada neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso orientador, Professor Carlo Henrique Goretti Zanetti, que se dispôs a nos repassar, incondicionalmente, seus conhecimentos de Mestre em Políticas Públicas e Saúde. Sua postura, paciência e compreensão com nossas limitações intelectuais e humanas foram contribuições grandiosas para a conclusão desta monografia.

Reservamos um agradecimento especial para a Coordenadora Marina A. Umbelina Lima, pelo altruísmo demonstrado ao longo do curso.

Cabem agradecimentos aos Professores convidados Carlos Alfredo de Salles Loureiro, Edgar Herchán-Hamann, Marcos Azevedo Furquim Werneck e Malthus Fonseca Galvão.

SUMÁRIO

CAPA	i
FICHA CATALOGRÁFICA	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
SUMÁRIO	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SESP E A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA.....	1
2 A ATENÇÃO CURATIVA NA ODONTOLOGIA DO SESP	3
2.1 RACIONALIZAÇÃO DOS TRABALHOS NA FSESP: O SISTEMA INCREMENTAL.....	4
2.2 MODELOS DE SISTEMA INCREMENTAL.....	7
2.2.1 MODELO DE RICHMOND.....	7
2.2.2 MODELO AIMORÉS.....	8
2.2.3 MODELO FSESP.....	9
2.2.4 MODELO FSESP SIMPLIFICADO.....	9
2.2.5 SIMPLIFICADO INTEGRAL.....	10
2.2.6 INCREMENTAL MODIFICADO.....	11
3 ATENÇÃO PREVENTIVA NA ODONTOLOGIA DO SESP	11
3.1 COMPOSTOS USADOS NA FLUORETAÇÃO DE ÁGUAS.....	15

3.2	FLUÓR NO SAL.....	15
3.3	BOCHECHOS FLUORADOS NA ESCOLA.....	16
4	RADICALIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO SISTEMA INCREMENTAL PARA ESCOLARES.....	18
4.1	A ODONTOLOGIA SIMPLIFICADA	20
4.2	A CRÍTICA DA ODONTOLOGIA INTEGRAL AO FLEXINERIANISMO SESPIANO	23
5	A INFLUÊNCIA ESCANDINAVA.....	24
5.1	PROESA: PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR DE SAÚDE.....	26
5.2	PRECAD: PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA CÁRIE DENTÁRIA....	27
5.3	PCs: PROCEDIMENTOS COLETIVOS.....	28
5.4	PIA: PROGRAMA DE INVERSÃO DA ATENÇÃO.....	30
6	ADEQUAÇÃO DA ODONTOLOGIA AO SUS	32
6.1	TRANSIÇÃO PROGRAMÁTICA COMPLETA, INCOMPLETA E ACUMULAÇÃO	36
6.2	AS BEBÊ-CLÍNICAS.....	36
6.2.1	RESUMO HISTÓRICO DAS BEBÊ-CLÍNICAS.....	37
6.2.2	TEMAS DESENVOLVIDOS NA BEBÊ-CLÍNICA.....	38
6.3	PROGRAMA CÁRIE ZERO EM BRASÍLIA-DF.....	39
6.4	PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL PARA CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES EM ARARAQUARA.....	40
6.5	PROGRAMA DO BEBÊ EM GOIÂNIA.....	41
6.6	PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO BEBÊ DE CUBATÃO.....	41
6.7	PREVENÇÃO BUCAL NAS CRECHES MUNICIPAIS DE FOZ DO IGUAÇU.....	42
6.8	CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA A SAÚDE BUCAL.....	42

7	INTERSETORIALIDADE	44
7.1	PLANEJAMENTO.....	45
7.1.1	PLANEJAMENTO NORMATIVO.....	46
7.1.2	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	46
7.1.3	PLANEJAMENTO COMUNICATIVO.....	47
7.2	HUMANIZAÇÃO.....	47
7.3	TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	51
7.3.1	DISTRITO SANITÁRIO.....	51
7.4	PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	52
7.4.1	POLÍTICAS SAUDÁVEIS.....	54
7.4.2	MUNICÍPIO SAUDÁVEL.....	56
7.4.3	POLÍTICAS SUSTENTÁVEIS.....	58
7.5	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	60
7.5.1	SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA.....	63
7.5.2	ORIGINALIDADE DO PSF DA UnB-DF.....	68
7.6	O CASO DE CURITIBA.....	70
7.6.1	A EXPERIÊNCIA DO PARANOÁ-DF.....	71
	ANEXOS.....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

ACD	-ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO
ACS	-AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
BNDES	-BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL
BNH	-BANCO NACIONAL DE HABITAÇÃO
C	-CARIADO
CAP	-CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÕES
CD	-CIRURGIÃO DENTISTA
CEAE	-COMPANHIA ESTADUAL DE ÁGUA E ESGOTO
CEF	-CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
CES	-COMPANHIA ESTADUAL DE SANEAMENTO
CNS	-CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CPO-D	-CARIADOS, PERDIDOS, OBTURADOS – DENTES
DNSB	-DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
Ei	-EXTRAÇÃO INDICADA
ETA	-ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA
EUA	-ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA
FFA	-FLÚOR FOSFATO ACIDULADO
FINSOCIAL	-FUNDO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
FSESP	-FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
GECOF	-GRUPO ESPECIAL DE CONTROLE DA FLUORETAÇÃO
GT+ODONTO	-GRUPO TÉCNICO DE ODONTOLOGIA
IAP	-INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES
INAN	-INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

INAMPS	-INSTITUTO NACIONAL E MINISTERIAL DA PREVIDENCIA SOCIAL
MEC	-MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
MS	-MINISTÉRIO DA SAÚDE
PC	-PROCEDIMENTO COLETIVO
PIA	-PROGRAMA DE INVERSÃO DA ATENÇÃO
PRECAD	-PROGRAMA NACIONAL DA CÁRIE DENTAL
PROESA	-PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR DE SAÚDE
PSF	-PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PUC-MG	-PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
SPS	-SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
SESP	-SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUS	-SISTAMA ÚNICO DE SAÚDE
THD	-TECNICO EM HIGIENE DENTAL
UnB	-UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
USP	-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RESUMO

Este trabalho visa resgatar a história da Odontologia Pública no Brasil. A FSESP ao se interessar pela Saúde Bucal Coletiva construiu, ao longo desses 50 anos, um lastro de conhecimentos científicos que na prática demonstraram sua efetividade. O embrião da primeira experiência de Aimorés, gerou estudos multiplicadores que mesmo não conseguindo a universalidade no atendimento proporcionou uma melhora considerável sanitário-bucal ao povo brasileiro, nos dias de hoje. As ações conjuntas de órgãos governamentais com associações de classe odontológicas e ainda os esforços de pesquisadores das Universidades, resultaram em um melhor tratamento das águas, um melhor atendimento promocional-curativo-preventivo e uma melhor percepção da necessidade de resgatar o cidadão excluído para o uso dos seus direitos à saúde. A influência estrangeira adaptada à nossa realidade (Americana, na década de 50 e Escandinava, década de 70), foi essencial para que aqui se formassem modelos próprios de atendimento. Os vários exemplos de cidades e seus Programas que se encontram nesta obra demonstram o empenho dos responsáveis pela Saúde Pública para resolver a questão saúde-bucal. Além dos Programas, modelos de atuação, influências externas e críticas a estes contextos históricos houve preocupação, de nossa parte, em expor conceitos que pudessem facilitar uma melhor compreensão dos planejamentos e entendimentos da Tradicional Saúde Pública (FNS, FIOCRUZ, SESP, SES, SMS) os quais resultaram na efetivação da Odontologia no SUS. Embora os primeiros e importantes passos tenham sido dados, resta ainda uma grande caminhada para que sejam atingidos os ideais de Universalidade, Integralidade, Equanimidade e Equidade. A fragilidade econômica do País impede uma rápida ascensão dos cuidados com Saúde Bucal em direção àqueles ideais e à auto-sustentação, no entanto a descentralização em andamento, simbolizada pela municipalização, parece ser o norte comum ansiado pelos atores da Saúde Pública, em especial os da Saúde Bucal Coletiva.

ABSTRACT

This paper aims to retrieve the history of Public Dentistry in Brazil. During these 50 years, the FSESP was concerned about the Collective Mouth Health and it has built up a vast scientific knowledge which showed its efficient into practice. The root of 'Aimorés's' first experience generated multiplied studies, which even not succeeding in the universal attendance, provided a considerable increase in the quality of Brazilian Mouth Sanitary Health nowadays. While working together governmental organizations and Dentistry Associations in addition to University researches obtained a development of Water filters, of healing, preventing and promoting attendance and showed the importance of providing health cares, which is any person right, to the excluded ones. The foreign influence was adapted to our reality (American influence, during the Fifties, and Scandinavian during the Seventies) and it was essential to create our own models of attendance. All the examples of cities and programmes that are in this work tend to demonstrate the endeavor and commitment of the responsible for Public Health to solve the Mouth Health issue. Besides the programmes, action models, outer influences and critics to the historical contexts, we were worried at presenting concepts which could be better comprehended in order to understand the plans and works of the Traditional Public Health (FNS, FIOCRUZ, SESP, SES, SMS), which were the basis to introduce Dentistry to SUS. Although the first and main steps had already been done, there is still a great journey to be overcome to reach such ideals as Universality, Integrity, Equanimity and Equality. Our country Economic Weakness deters a fast development of healthcares to those ideals and to self-maintenance, otherwise the decentralization that is taking place, symbolized by the 'municipalização', seems to be the common way sought by the main actor of Public Health, specially those from Collective Mouth Health.

1 - Introdução

1.1 - Caracterização da organização da atenção à saúde no SESP e a inclusão da odontologia.

As tentativas de preservar a saúde da população brasileira do início do século, através de programas de imunização e campanhas sanitárias, lideradas por Oswaldo Cruz e depois Carlos Chagas, ficaram marcadas historicamente como momentos de modificação na sociedade e o início do desenvolvimento das políticas de saúde pública no Brasil. As poucas práticas sanitárias existentes à época estavam articuladas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais e nas três primeiras décadas do século XX desenvolveram uma medicina de massa tentando assegurar condições mínimas de saúde à classe trabalhadora urbana e rural (COSTA, 1985, p.11; ZANETTI, 2000).

Entendiam-se como políticas de saúde pública as ações estatais que visavam preservar determinadas parcelas da população responsáveis pelos setores econômicos de produção de café, ferro e borracha para exportação. No Sul e Sudeste esses setores produtivos se situavam ao longo das ferrovias e no Norte seguiam as margens dos rios da Amazônia. Essas políticas se distinguiam da medicina liberal responsável pela demanda de atenção à saúde de classe média urbana e setores dominantes (COSTA, 1995, p.12).

Nos fins da década de 30, os esforços direcionados para a ampliação da cobertura médica, já com alguma atenção à saúde bucal, contribuíram para o surgimento de outro modelo organizado de atendimento à saúde que foi aquele implantado e difundido pelo Governo Federal quando criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942. Para implantar o novo modelo, de influência americana, o Governo Brasileiro fez convênio com a Fundação Rockefeller objetivando inicialmente sanear as áreas de extração de matéria prima, importantes para os EUA durante a II Grande Guerra. Estas áreas, a Amazônia e o Vale do Rio Doce apresentavam alta incidência de febre amarela e malária que minavam a mão de obra produtiva (BODSTEIN, 1989, p.75).

O SESP seguindo o modelo americano no provimento de ações e serviços públicos procurava preservar os trabalhadores com critérios predominantemente utilitários a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional. Além disso, também se voltava para os segmentos sociais que possuíam mínimas condições de sobrevivência, especialmente na Região Norte e no Nordeste brasileiro (COSTA, 1985, p.15).

Havia, desde o início dos trabalhos do SESP, grande preocupação na utilização de pessoal treinado corretamente. Somando a isso foi montada uma administração ágil, permitindo alcançar altos níveis de cobertura facilitados pelas decisivas transformações da indústria farmacêutica. O uso dos antibióticos e psíco-fármacos resultava em intervenções rápidas, sintomáticas e eficazes da medicina sobre a força do trabalhador (Idem).

No final dos anos 40, o SESP expandiu suas atividades para outros estados brasileiros, difundindo e fortalecendo seu modelo de atendimento. No entanto as regiões Norte e Nordeste continuavam sendo as mais visadas para as ações sanitárias seguindo a lógica “Sespiana” de

proteção ao trabalhador e de amparo aos mais pobres (ZANETTI, 1993, p.43; BODSTEIN, 1989, p.77).

O SESP ampliava o atendimento em saúde a tal ponto que a atuação do Ministério da Saúde (MS) restringia-se, basicamente, às atividades ali desenvolvidas (COSTA, 1989, p.76).

No início de suas atividades, apesar de desenvolver um modelo de atenção mais racional e planejado, o SESP encontrava problemas de baixa cobertura que se originavam da atenção limitada a algumas comunidades (principalmente do Norte e Nordeste). Essa ausência de universalidade resultava em críticas ao novo modelo. Questionava-se, principalmente, sua lenta expansão de serviços e a manutenção onerosa além do baixo número de atendimentos¹. O SESP era ainda considerado, pelos críticos, muito sofisticado e pouco adaptado à realidade brasileira. Somada à baixa cobertura e ao alto custo, a lenta expansão dos seus serviços provocava muitos outros questionamentos dos nacional-desenvolvimentistas (VIANA, 1988, p. 11).

Sobrepondo-se às críticas, o SESP continuou atuando em convênio com a Fundação Rockefeller até 1960, quando foi transformado em Fundação e incorporado ao MS. Nesta nova conjuntura reafirmou e reforçou a posição hegemônica adquirida, até então, na prática sanitária. Expandiu ainda mais os serviços na área rural e se responsabilizava por quase todos os planos e relatórios do MS (ZANETTI, 2000; BODSTEIN, 1989, p. 81).

Acompanhando a prestação de serviços, as ações de cunho educativo sempre fizeram parte integrante da FSESP. Seus funcionários estavam tão comprometidos com os serviços de saúde que as responsabilidades eram abrangentes a todos os componentes da equipe. Essas ações continuadas e sistemáticas desenvolvidas pela Fundação no decorrer de décadas permitiram que o órgão adquirisse e reunisse um destacado acervo de experiências e de conhecimentos tornando-a pioneira no campo operacional da saúde pública e que serviram e servem de modelo e referência para outras instituições que também atuam no setor (BRASIL, 1981, p.17-23).

A FSESP criticava o caráter exclusivamente preventivo existente até aquela época, o qual considerava inadequado à realidade brasileira. Defendia uma prática abrangente de medicina preventiva e curativa numa proposta mais avançada onde os agentes deveriam procurar modificar o ambiente em que vivia a comunidade, esse o responsável pelas doenças. O caminho era estimular e orientar a população para que ela própria realizasse as melhorias necessárias com motivação, mobilização e identificação dos problemas. A Fundação contribuía nos aspectos técnicos indicando a maneira de solucionar questões tais como formas de proteger as fontes de água (poços e cisternas) ou o tipo de destino a dar ao lixo. (BODSTEIN, 1989, p. 77 - 80).

A Fundação não trazia consigo nova concepção sobre saúde e doença, mas mantinha a visão, existente desde o início do século, de que a saúde é uma questão de hábitos individuais de higiene. O que ela mostrou de novo foi a forma de lidar com esses problemas. A idéia era trabalhar com o grupo como um todo, com a família, com a comunidade, atingindo as

¹Em 40 anos de atividades o SESP criou 524 unidades de saúde (ROSAS apud BODSTEIN, 1989, p. 81).

modificações almejadas. Por isso as atuações do MS enfocavam a família e a comunidade de uma forma educativa, complementar aos tratamentos curativos e preventivos (COSTA, 1989, p.76-80).

2 - A Atenção Curativa na Odontologia do SESP

A inserção inicial da Odontologia em saúde pública no Brasil se deu num contexto bem distinto às práticas da FSESP. Surgiu na instituição previdenciária dos anos 30 quando foi incorporada ao pacote de benefícios de algumas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). As intervenções se limitavam a cuidados emergenciais e a grupos específicos (escolares). Mesmo desprezando o tratamento conservador e cuidando apenas da retirada de focos dentários² foi este baixo padrão de atendimento que respondeu às demandas sanitário-bucais dos segmentos produtivos (ZANETTI, 1993, p.35).

Este primeiro tipo de atendimento prestado pela odontologia nos serviços públicos se caracterizou por ser de livre demanda e tipicamente Flexneriano. O que resultou no surgimento de uma prática empobrecida, realizada por serviços de má qualidade. Mesmo assim essa pouca ou nenhuma atenção patrocinada pelas Caixas de Aposentadoria permaneceu como hegemônica, nestas Instituições até 1988 (ZANETTI, 1993, p.108).

No âmbito escolar, a odontologia Flexneriana foi a primeira a ser introduzida nestes espaços. Na década de 30 já existia o CD dentro da escola. O dentista ficava lotado em uma repartição de ensino ou policlínica e atendia o maior número possível de alunos. Não havia definição de forma de acesso, instrumentos de programação, detalhes de execução ou controle e avaliação operacional (Idem, p. 109).

A Primeira vez que a programação para a Odontologia teve conhecimento científico foi através da FSESP em 1951 com a criação da Seção de Odontologia. Esta programação tinha base científica espelhada nos moldes da Saúde Pública dos EUA. Houve mudança radical na forma do processo de trabalho odontológico no espaço público. Com os novos conteúdos da administração os recursos humanos, materiais e equipamentos foram organizados com metodologia científica para produzir mais resolutividade. Embora a nova ordem houvesse produzido grande impacto, esse ficou limitado aos conhecimentos da época. O sucesso deste modelo tornou-o paradigma de programação pública denominado por ZANETTI, em 1993, de “Odontologia Científica Escolar Sespiana” (Idem; ZANETTI, 2000)³.

Estes conhecimentos científicos e desenvolvimentos tecnológicos já traziam a noção de Simplificação (sistema simplificado no tratamento de água) e Desmonopolização em seu sentido restrito (de forma primária, utilizava apenas a mão de obra do auxiliar). Porém essas idéias que buscavam o menor custo e maior resolutividade só se desenvolveriam eficazmente nos anos 70, conforme será explicado mais à frente, nesta obra (idem).

²O atendimento restaurador dentário só passou a integrar o “pacote” médico-odontológico previdenciário para adultos muito mais tarde, a partir de 1975 (ZANETTI, 1993, p. 35).

³Embora incipiente o caminho para a prevenção da cárie só se efetivou no Brasil após uma década de existência da FSESP (1951), quando esta agregou aos outros serviços médicos o atendimento dentário (VIANA, 1988, p. 119).

Nessa conjuntura, o atendimento odontológico curativo da FSESP foi iniciado em Aimorés-MG, em 1952 e o preventivo em Baixo-Guandú, em 1953. Ambos fundamentados nos modelos norte-americanos que preconizavam para a prevenção a fluoretação das águas de abastecimento público e para o tratamento curativo um atendimento odontológico no Sistema Incremental (BRASIL, 1957, p. 327).

Nestes, como nos outros serviços de saúde implementados até então, havia grande ênfase no componente EDUCAÇÃO/HIGIENE BUCAL. Os programas de Minas e Espírito Santo eram voltados especialmente para a prevenção, promoção e tratamento de saúde bucal (BRASIL, 1981, p. 23).

Mesmo com a atenção odontológica já efetivada, a maior prioridade dos problemas de saúde ligados a outras especialidades médicas e o custo relativamente alto do tratamento dentário, continuava limitando a intervenção do Governo a cuidados emergenciais (Previdência Social), à assistência a grupos específicos (escolares) e a limitados projetos de prevenção em massa (fluoretação) (VIANA, 1988, p. 119).

A atenção preventiva dada à cárie, no Brasil, é considerada tardia. Pois desde o século XIX ela já era reconhecida como uma das doenças mais frequentes e difundidas, apresentando uma das maiores prevalências em todo o mundo, atingindo indiferentemente brasileiros de qualquer raça em proporção superior a 95% da população. Constituiu-se na principal causa de mortalidade dental aos 35 anos (BRASIL, 1970, p. 91).

2.1 – Racionalização dos trabalhos no SESP: O Sistema Incremental

Nos anos 50 o que se sabia era que água com flúor reduzia a cárie e esta era entendida apenas como uma lesão no dente. Não se percebia a cárie como “mancha branca”. Para preveni-la punha-se flúor na água, e para trata-la limpava-se o tecido lesado do dente e fechava-se. No tratamento desta lesão cariosa, apenas o dente permanente era tido como importante. O dente decíduo podia-se “jogar fora” (ZANETTI, 2000).

Para tentar reduzir a alta incidência de cárie a FSESP adotou um modelo Incremental eminentemente curativo que promovia uma cobertura gradual em ciclos variáveis de atendimento priorizando o grupo etário de 6 a 14 anos. Esta faixa de idade foi escolhida porque se pressupunha que controlando a incidência de cárie nos dentes permanentes durante seus primeiros anos, as necessidades de tratamento no adulto seriam mínimas, baixando o CPO-D (BRASIL, 1988, p. 5; ZANETTI, 2000).

A FSESP ao adotar, nas suas primeiras intervenções o Sistema Incremental Clássico (Richmond) como método de trabalho visava o atendimento dental de uma determinada população, eliminando suas necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-a sob controle segundo critérios de prioridade quanto a idades e problemas. O Sistema era bifásico e se constituía de uma ação preventiva específica (redução da incidência de cárie) e de uma assistência curativa que procurava dar uma atenção às necessidades de prevalência e de incidência (Tipo SESP) (BRASIL, 1981, p.18).

O Incremental também era cíclico anual com uma etapa inicial (1º ciclo) na qual estavam incluídas as crianças que recebiam o tratamento pela primeira vez e outra etapa de manutenção (2º ciclo). Nesta segunda etapa as crianças já atendidas no primeiro ano seriam

mantidas sob cuidados nos anos seguintes, tratando-se as novas cáries que surgissem. Esses procedimentos se espelharam no modelo americano de atendimento à saúde bucal (Idem, ZANETTI, 1993, p.110).

A primeira experiência, no Brasil com o Incremental foi através da FSESP, na cidade de Aimorés – MG.. Iniciou-se em 1.952 com a observância da correta utilização de pessoal treinado. Os resultados surgiram a partir de 1.956 e pelo seu sucesso ensinaram um efeito multiplicador por todo o Brasil (Idem).

A FSESP tratou de modificar um pouco o modelo americano racionalizando a utilização do pessoal auxiliar. A hierarquização era rigorosamente observada com a elaboração das normas de trabalho ocorrendo ao nível central e enviadas ao nível regional para cumprir e executar. Este modelo de programação nacionalizado ficou conhecido como Sistema Incremental Tradicional de Aimorés (Tipo SESP) e foi o grande marco conceitual na prática e no estudo da Odontologia sanitária no Brasil (BRASIL, 1957, p. 315).

O Sistema Incremental tipo SESP, nos seus primeiros movimentos, teve direcionamento programático para a rede escolar pública por oferecer vantagens de aplicação específicas. Dentre estas vantagens evidenciavam-se:

- _ a estrutura governamental de assistência à saúde bucal para escolares era fraca ou nula propiciando um ambiente psicológico favorável e receptivo à implantação de novos serviços;
- _ a grande maioria das crianças na idade de 6 a 14 anos estudava na rede pública, formando um agrupamento humano mais estruturado e que oferecia facilidades no controle individual e do grupo;
- _ a movimentação de clientela era mínima reduzindo a influência de fatores pessoais e diminuindo os custos no resultado final;
- _o dentista tratava a cárie na escola diminuindo a inadimplência (BRASIL, 1970, p. 91-110).

Havendo muitas cáries (dentes decíduos e permanentes) em muitas crianças escolares e com pouco recurso financeiro, optou-se por “cuidar” no primeiro ano somente dos poucos dentes permanentes já erupcionados. No ano seguinte, esta criança passava a ter 7 anos (2ª série escolar) e estava com poucos problemas de cárie já que havia sido atendida no ano anterior. Incrementava-se uma nova turma de 6 anos. Ao término desse atendimento voltava-se a atenção para aquela turma que já estava com 7 anos e que foi atendida no ano anterior a qual demandava pouco tempo para ser retratada e/ou revisada, por não haver muita coisa a se fazer. Estava concluído, então, um “incremento” de um ano de lesão de cárie em dente permanente (idem).

Todos os anos atendiam-se primeiro os escolares da 1ª série (6 anos) porque esses estavam chegando com pouca cárie. A seguir atendia-se os da 2ª série que deveriam estar com pequena incidência. O passo seguinte era atender os da 3ª, também com pouca cárie. Fazia-se o incremento de mais uma turma sucessivamente, ano após ano, até que a criança atingisse 12 anos de idade. Como já vinha sendo feito o atendimento cumulativo em cada ano que passou, a demanda era pouca. No final de alguns anos tinham-se todas as crianças tratadas pelo Sistema Incremental. Nos alunos acima dos 12 anos bastava fazer exames rotineiros de pesquisa de lesão de cárie, pois, após esta idade, a dentição deveria estar completa e sem cárie na boca (Idem; ZANETTI, 2000).

No entanto, o sucesso alcançado pela FSESP não impediu que de 1953 até o início dos anos 70 a universalização do acesso à atenção básica bucal ficasse limitada a fluoretação das águas, visto que o tratamento curativo, o flúor tópico e os bochechos com flúor eram exclusivos do grupo etário de 6-14 anos (ZANETTI, 2000).

Nos fins dos anos 70 o Incremental, mesmo perdendo sustentação técnica ainda era recomendado pelo Governo Brasileiro e continuou sendo usado largamente durante a década de 80. O Sistema foi simplificado e ampliado passando a dar atendimento completo a todos os escolares de forma gradual (Tipo SESP) e proporcionando uma cobertura anual em estreita concordância aos recursos disponíveis (PINTO, 2000, p. 282).

Em 1978, no seu Programa Nacional de Saúde Bucal, o MS reafirmou a orientação do combate à cárie dental pelo Sistema Incremental: “A Odontologia Sanitária deveria escalonar suas prioridades visando a Educação e Prevenção. O grupo etário seria composto de pré-escolares e alunos do 1º grau (1ª a 8ª séries)” (BRASIL, 1988, p.63).

Nessa nova conjuntura atuavam em parceria as Secretarias de Educação e Saúde, a FSESP e o Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social (INAMPS) num Programa-base, que centrava as ações na simplificação de recursos humanos, equipamentos(4) e generalizando as medidas preventivas. Estas ações, de aspecto preventivo, ampliavam os cuidados buscando atingir a criança desde o seu nascimento sem descuidar do atendimento ao grupo de 6-14 anos, aos grupos de baixa renda e às áreas mais carentes. O pessoal utilizado compreendia cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental (THD), Atendente de consultório dentário (ACD) e atendente geral (PINTO, 1980, [s.p.]).

A recomendação do uso do Incremental ainda era reforçada no documento *PRATICANDO E VIVENDO A SAÚDE NA ESCOLA* elaborado por Vítor Gomes Pinto, em 1.988, a pedido dos MS/MEC e que o apresentava assim: “Este documento tem como objetivo fundamental orientar e servir de apoio aos dentistas, técnicos em higiene bucal, educadores e a outros que estão planejando ou executando ações na área de Atenção Odontológica junto aos escolares de 1º grau da Rede Pública de Ensino no sentido de garantir e preservar a saúde das crianças, estejam elas dentro ou fora da escola”(BRASIL, 1988, p. 3)

O Incremental dos anos 70/80 oferecia duas formas de atuação no atendimento. Na do Tipo Intensivo a cobertura inicial era total (alunos de 6 a 14 anos) e abrangia todas as necessidades acumuladas de todos os escolares em um ano. Se as adesões dos alunos se davam por faixa etária e em forma gradual (6 a 7 anos no 1º ciclo; 8 anos no 2º ciclo; 9 anos no 3º ciclo; etc.) usava-se o antigo Tipo Gradual (SESP) ou Clássico (BRASIL, 1988, p.5).

Os vários Tipos de Incremental tinham como pensamento básico que as crianças já atendidas seriam mantidas sob cuidados nos anos seguintes, tratando-se as novas cáries que surgissem no chamado de Grupo de Manutenção (idem).

Ao se usar o Incremental havia o propósito explícito de aumentar a cada ano o número de crianças beneficiadas com tratamento completado, reduzindo a média das necessidades em

(4) O equipamento passou a ser, também, removível e era levado aonde fosse necessário o seu uso e ali ficava até estar concluída toda a atenção aos escolares locais. Aí, então, fazia-se a mudança de local de atendimento (BRASIL, 1988, p.5).

termos de dentes cariados e extração indicada (C+Ei). A meta seria atingir o nível CPO-D de 1.0/ESCOLAR/ANO reduzindo também o tempo clínico por pessoa assistida (BRASIL, 1988, p. 6).

Nesta busca do atendimento ideal, em 1981, a FSESP fazia para cada escolar, em média, 0,1 extração de dente permanente correspondendo a uma exodontia para cada grupo de 10 escolares com tratamento concluído. As restaurações de dentes permanentes que eram de 3,5 em 1968 passaram para 2.6 em cada grupo de 10 alunos havendo redução de 52% (PINTO, 1983, p.22).

No início do Incremental (anos 50) havia aumento da sustentabilidade no que dizia respeito à integralidade. Na dimensão desta integralidade foi adicionada à técnica curativa, a tecnologia preventiva. No entanto ao longo dos anos (principalmente nas décadas de 60/70/80), ocorreu perda daquela sustentabilidade com o advento dos conhecimentos da cariologia. A cárie já não era mais vista como lesão de cárie. Começaram a aparecer as primeiras preocupações com o dente decíduo e estudos sobre a formação dentária antes mesmo do nascimento da criança. (ZANETTI, 2000).

No aspecto político havia insuficiência do Incremental frente à universalidade, equidade e integralidade. Tinha-se um modelo onde lesão de cárie era a base do entendimento e mudou-se para outro modelo onde atividade de cárie passou a ser esta base. Também não havia equanimidade em começar a atenção bucal com 6 anos de idade. Restou, assim, apenas a integralidade na saúde bucal pelo Sistema Incremental, com a atenção curativa mais o programa preventivo (sem o promocional) na escola. Não havia integralidade da Saúde Bucal com as demais áreas da saúde ficando o dentista isolado sem contato com os médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc. Não se estabelecia rede ao nível de hierarquização, regionalização, setorialidade ou democratização. Assim, nos anos 80, viria o desmonte de um paradigma insustentável para a nova conjuntura (Idem).

O padrão SESPIANO foi sendo abandonado por não ter conseguido alcançar universalidade, equidade, integralidade ou equanimidade. Era excludente, pois se ocupava exclusivamente da população alvo e não do conjunto de população exposta ao risco de adoecer (ZANETTI, 1993, p. 111).

Mesmo assim os programas de Aimorés e Baixo-Guandú transformaram-se nos grandes marcos da programação científica em saúde bucal no Brasil. Primeiro pela longevidade, ou seja, pela sobrevida enquanto solução gerencial. Depois, por terem sido transformados na grande matriz do modelo Sespiano para uso em todo o Brasil durante quase quatro décadas (Idem, p.110).

2.2 - Modelos de Sistema Incremental

2.2.1 - Modelo de Richmond

Após a 2ª Grande Guerra os EUA se firmaram como potência econômica e militar mundial. Esta imagem de potência industrializada, no entanto, era arranhada pelos bolsões de pobreza existentes no sul do País onde a proteção sanitária era quase inexistente. Exceto para os que possuísem condições financeira para compra-la. Assim juntamente com os instrumentos

governamentais para a assistência social à saúde em geral surgiram os primeiros projetos para a atenção odontológica, na tentativa de amenizar as baixas condições de vida naquela população (ZANETTI, 1993, p. 11).

Nas pesquisas para entender as necessidades odontológicas dos moradores de Richmond, verificou-se que as crianças dos grupos de excluídos dependiam de escolas públicas para a formação educacional. Além disso, a concentração natural de pessoas proporcionada pelas escolas facilitaria a aplicação específica de programas preventivos e curativos e o seu controle. Então se optou por direcionar as primeiras atenções preventivas e curativas para aquela direção (ZANETTI, 2000).

O Incremental de Richmond objetivava tratar todos os dentes de todos os escolares de 6 a 14 anos num ciclo (um ano). No segundo ano se tratava todos os alunos recém-matriculados e só então era feita a fase de manutenção dos alunos que tinham sido atendidos no ano anterior obturando as novas cáries que tivessem surgido e fazendo nova aplicação de flúor (Idem).

2.2.2 - Modelo Aimorés

O SESP trouxe para o Brasil, em 1951, a influência norte-americana de resolver problemas assistenciais em saúde bucal mediante políticas de minorias. Nesta visão o modelo Sespiano com o Incremental representava a melhor opção técnica de planejamento com características curativo-intensivas. Essa prática curativa era o centro das atenções. As práticas preventivas e promocionais aconteciam marginalmente (ZANETTI, 1993, p. 112).

O Sistema implantado inicialmente em Aimorés, MG, mostrou-se o mais avançado na época e se constituiu no grande marco da programação em saúde bucal em nosso País. Sua longevidade (quase 40 anos) enquanto solução gerencial o transformou em matriz para todas as modificações que surgiram até o esgotamento do Paradigma Sespiano. As críticas e questionamentos acontecidos ao longo do tempo de sua vigência não foram suficientes para mudar sua essência, mas para tão somente desenvolvê-lo e aperfeiçoá-lo, sem rupturas axiomáticas (Idem, p. 110).

Neste modelo não havia intenção de tratar todas as crianças inicialmente. Os recursos eram limitados e a prioridade de atendimento era para crianças recém-ingressadas na escola (grupos de 6/7 anos) e só então haveria avanço gradual para as demais faixas etárias. A duração do ciclo era pré-determinada coincidindo com o ano escolar. No ano seguinte tomava-se um novo grupo que havia acabado de ingressar na escola. Após a conclusão desta segunda turma era feito o tratamento de manutenção nas crianças que foram tratadas no ano anterior. Nessa atuação o programa avançava uma unidade a cada ano. Paralelamente à atenção curativa instituiu-se um programa preventivo, na tentativa de diminuir as necessidades individuais com os CDs fazendo aplicação tópica de flúor e os auxiliares e professores orientando os bochechos fluorados (ZANETTI, 1998, p.11).

As características marcantes deste Projeto Piloto se constituíram em: primeiramente atender crianças de 6 anos e só depois as outras até 12 anos; atuação em ciclos anuais; usar tecnologia simplificada; utilização de pessoal auxiliar treinado. E mesmo com todos os benefícios e novidades que implementava, o Incremental de Aimorés era autolimitante, pois terminava

com o final do ano letivo, deixando os alunos a descoberto durante o período de férias (CARNEIRO, 1998, p. 26).

2.2.3 - Modelo FSESP

Era uma modificação do Tipo Aimorés que havia vigorado por 15 anos. Sua cobertura inicial também era gradual com ciclo variável. Os trabalhos de manutenção eram rigorosos visando um melhor controle e avaliação. Utilizava-se o índice CPO-D simplificado para determinar as necessidades de tratamento. A escolha para o grupo a ser atendido era realizada tomando-se como base a idade que antecede a de maior incremento esperado, eliminando-se, portanto, as demais idades que não receberam tratamento no ano visado pelo programa. Assim a manutenção fazia-se em função do grupo que apresentasse maiores necessidades (BRASIL, 1988, p.10).

2.2.4 - Modelo FSESP Simplificado

A simplificação guarda raízes no próprio SESP, quando este iniciou seus trabalhos de fluoretação das águas de abastecimento público. Mas só foi incorporada nas formulações programáticas nos anos 70. Era chamado também de Odontologia Comunitária ou Simplificada e não criou um modelo de programação próprio, já que a matriz continuou sendo o Modelo Incremental do SESP. Apresentava dois conceitos básicos: Simplificação e Desmonopolização. Havia muita ênfase na prevenção, na eficácia através da eficiência, na padronização e desenvolvimento tecnológico. Mesmo sem provocar mudanças essenciais, desencadeou algumas transformações no interior da tradição Sespiana. O processo de simplificação ocorreu nos equipamentos, nos instrumentais, nos materiais, nas técnicas restauradoras e cirúrgicas e até na rotina de atendimento (ZANETTI, 1993, p.112).

O Modelo Simplificado aconteceu no Brasil e na América Latina e permitiu compreender o emprego de tecnologia em saúde. Criticava a prática vigente de saúde bucal formulando propostas para a superação dos problemas observados no atendimento individualizado, essencialmente curativo, com pequena produtividade e de alto custo. Enfatizava a participação comunitária, o trabalho em equipe e a transferência de atos e responsabilidade junto ao pessoal auxiliar, sem perder a qualidade. Ao mesmo tempo houve racionalização do espaço físico e do material de consumo; simplificação do instrumental e padronização para sua utilização de modo rápido e eficiente (PINTO, 2000, p.282).

Essa Odontologia Simplificada acabou por constituir-se no Tipo SESP Simplificado, mais barato e de maior cobertura. Sua aplicação continuou sendo nos mesmos seguimentos populacionais limitados. Aumentou a produtividade com a massificação da atenção e a redução do tempo de ocupação clínica. Fez surgir o conceito de equipe odontológica, destacando a importância das THDs e ACDs. Incorporou-se a todas as formulações programáticas das clínicas odontológicas nos serviços públicos (ZANETTI, 1993, p.113).

Os programas que melhor representaram este Incremental foram os patrocinados pelo Distrito Federal (Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE) em Brasília e o do Departamento de Odontologia da PUC – MG em Belo Horizonte. Estas frentes de atuação concentravam suas atenções no desenvolvimento de tecnologia que permitisse atuar nos vários espaços da odontologia, tais como:

- capacitação de docentes e profissionais;
- formação e utilização de recursos humanos de níveis elementar e médio;
- consolidação da equipe de saúde bucal;
- produção de equipamento, instrumental e material de consumo;
- desenho de espaços físicos e concepção de ambientes de trabalho mais práticos de modo a permitir participação de pessoal auxiliar e o trabalho a quatro e seis mãos;
- desenvolvimento de pesquisas sobre técnicas clínicas preventivas simplificadas.

Este movimento, na década de 80, permitiu que fossem percebidas as fragilidades e as contradições da proposta inicial do Incremental e que se caminhasse no rumo da superação da Odontologia Simplificada (PINTO, 2000, p. 284).

2.2.5 - Simplificado Integral

Ocorreu nos finais dos anos 80 e início dos anos 90. Teve como características o corte de lógica hegemônica flexneriana e o desenvolvimento, com simultâneo tensionamento, que expunha os limites do Sespianismo. Não promoveu rompimento com o antigo modelo porque nele ancorou-se os demais elementos de sua programação (população alvo, forma de acesso, espaço físico de realizações das práticas, etc.). Acrescentou à atenção básica a aplicação do conceito de risco no que se refere aos métodos e à postura assistencial ao utiliza-los. Na Odontologia Integral deu-se ênfase à prevenção como atitude primordial (MENDES & MARCOS apud ZANETTI, 1993, p.113).

A base do modelo de programação Integral continuou sendo o Incremental Sespiano Simplificado. Na prática a Odontologia Integral combinava a utilização de métodos de prevenção, controle de placa, flúor, manutenção preventiva e curativa. Criticava a Odontologia Simplificada e recolocou as questões da desmonopolização no mesmo patamar de preocupações em que estavam a simplificação e a prevenção (ZANETTI, 1993, p.113).

O tensionamento do modelo de programação Sespiana se intensificou quando a Odontologia Integral passou a ser fortemente influenciada pelo Preventivismo Escandinavo. Somaram-se às tensões os movimentos de procura a novos caminhos que culminaram no modelo gerencial do SUS, nos anos 80. A necessidade de mudanças na programação ficava cada vez mais evidente e se tornou imperativa. Estas mudanças dentro do processo de Reforma Sanitária resultaram no surgimento da Saúde Bucal Coletiva (Idem).

Outra inovação importante proporcionada pela Odontologia Integral foi a forma que se tratou a questão da desmonopolização do saber. Nesta nova visão da Odontologia o CD repassava aos THDs e ACDs conhecimentos antes exclusivos do profissional. Os saberes da equipe odontológica se estenderam, num “efeito dominó”, à população usuária dos serviços em forma de promoção (PINTO, 2000, p.306).

A Integral, através da Influência Escandinava, estendeu para fora da clínica o conceito de promoção e prevenção. Mobilizou as professoras e a equipe odontológica para agirem, mesmo sem a presença do CD, usando as técnicas preventivas além dos bochechos com flúor. Introduziu novas tecnologias clínico-preventivas (flúor, selante, ionômero, verniz, etc.) que se incorporaram aos modelos de programação do Tipo SESP (PINTO, 2000, p.284). Estas novas formas de cuidar da saúde bucal ficaram demonstradas em programas como o PROESA de

Porto Alegre e de Manaus; a Clínica do Bebê de Londrina; o PRECAD da DNSB do Ministério da Saúde; O Cárie Zero de Brasília (ZANETTI, 1993, p. 114).

2.2.6 - Incremental Modificado

Este modelo surgiu de algumas novidades acrescentadas à Odontologia Integral. No Modificado a atenção curativa passou a dividir o espaço da clínica com a atenção preventiva. Adotou-se o retorno programado dos pacientes à clínica e as estratégias de manutenção preventiva estavam inseridas no conceito de risco. Na segunda metade da década de 80, com a forte Influência Escandinava, a idéia de risco foi potencializada pela noção de cárie como doença infecto-contagiosa e a atenção básica passou a incluir à dentição permanente a dentição decídua, mesmo antes da erupção dos dentes. Não mais só a lesão de cárie com cavitação seria objeto de prática odontológica (idem, p.114).

3 – A Atenção Preventiva na Odontologia do SESP(5)

O flúor é o 13º elemento em abundância na superfície da Terra. Sendo a água um solvente universal pode-se dizer que existe flúor em qualquer água desde quantidades mínimas até valores bem maiores. É um elemento que não existe livre na natureza, mas ligado a outros elementos. Os mais comuns são fluorita, apatita e criolita. A dissociação destes compostos resulta em íon fluoreto que é o existente na água (GRINPLASTCH, 1974, p. 321).

O estabelecimento da relação flúor/cárie dental foi comprovado por MORICHINI em 1805 quando observou a presença de flúor no esmalte de dentes humanos. ERHART (1.874) e CRICHTAN (1892) também destacaram a importância do uso do flúor na qualidade do esmalte quando constataram que as populações que tinham água contendo 1mg/l de flúor apresentavam uma incidência de cárie dental muito inferior às que usavam água sem fluoreto (VIANA, 1988, p.14).

Nas primeiras décadas do século XX os países desenvolvidos despediam altos recursos financeiros na tentativa de fornecer o tratamento odontológico às suas populações. Estes tratamentos eram dispendiosos e obrigaram a que se procurassem outras alternativas para a diminuição da incidência da cárie dental (BRASIL, 1979, p.81).

Nas procuras por novos procedimentos preventivos nos EUA, em 1945, e amparada por esses conhecimentos, a engenharia sanitária elevou artificialmente o nível de flúor nos sistemas de abastecimento de água de Grand Rapids, Michigan. Nesta primeira experiência no mundo, o índice da cárie em crianças praticamente foi reduzido à metade, em 8 anos de experiência. A dosagem de flúor usada foi de 1 ppm e em alguns casos conseguiu-se até 60 a 70% de redução (idem; GRINPLASTCH, 1974, p. 322).

A eficácia obtida nos EUA estimulou a FSESP a adotar para o Brasil o método da prevenção pelo flúor na água. O primeiro sistema implantado ocorreu na cidade de Baixo-Guandú, ES em 1953. Os sais usados foram o fluoreto de sódio e o fluorossilicato de sódio. A instalação desse serviço foi precedida de um rigoroso inquérito odontológico feito antes da fluoretação

(5) Desde 1974 a fluoretação das águas é obrigatória por lei no Brasil, onde exista Estação de Tratamento de Água. Lei Federal nº 6.050 de 24/05/74 (USP, 1992, P. 2; BRASIL, 1983, p. 227).

das águas. Foram examinadas 921 crianças entre 7 e 14 anos. Registrou-se que 4% dos estudantes não tinham cárie. Havia uma variação de prevalência de cárie desde 1,38 aos 6 anos, até 12,71 aos 15 anos (BRASIL, 1957, p. 327, GRINPLASTCH, 1974, p. 322).

Em 1956, seguidas as mesmas orientações do inquérito de 1953, foram examinadas 636 crianças. No grupo de 10 anos houve redução de 39.1%. No grupo de 11 anos, redução de 26.2% (BRASIL, 1957, p. 327).

Após 14 anos desta primeira experiência, em 1967, foi feito novo inquérito epidemiológico naquela cidade. No grupo etário de 7 a 14 anos a cárie não foi encontrada em 33,3% destas crianças e que 27% da população total de estudantes não apresentou dente cariado (IPEA, agosto/ 1983, p. 6; VIEGAS, [s.d.; s.p.]; GRINPLASTCH, 1974, p. 322).

Depois dos primeiros resultados (1956) considerou-se encerrada a fase experimental. Ao mesmo tempo em que ia sendo confirmada e amplamente comprovada a redução da incidência da cárie em até 65%(6), a FSESP estendia os serviços de fluoretação das águas a outras cidades como Aimorés - MG (1955), Macaé-RJ (1963), Passos-MG (1965) e pouco depois a todo o País, acrescentando aos serviços a aplicação tópica de fluoreto de sódio a 2% (BRASIL, 1957, p. 327; ASSAD, 1986, p. 3; BRASIL, 1977, p.11).

O sucesso obtido em Baixo-Guandú levou a FSESP a apresentar os pré-requisitos para a fluoretação: “deve o serviço de abastecimento de água satisfazer aos padrões estabelecidos pela engenharia sanitária, assegurando o máximo de cooperação local como garantia de continuidade na execução das medidas; deve ser feito inquérito para futuras avaliações dos resultados; o fluorossilicato de sódio é o sal mais usado e o que mais vantagens econômicas oferece; a análise da água deve ser diária e os limites recomendados do flúor a ser adicionado variam com a temperatura” (BRASIL, 1977, p. 116).

Mesmo com todo o esforço desenvolvido desde 1953, no começo da década de 70 a cobertura populacional de flúor era de 4,6% (3.280.467 hab.). Na tentativa de aumentar esses números a FSESP estimulava a prática de convênios com as prefeituras. E a partir desses entendimentos, em 1975, com o apoio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) foi elaborado um programa a nível nacional visando beneficiar todas as cidades com população acima de 50.000 habitantes. Este programa do MS foi chamado de Projeto de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público e declinou a média nacional de cárie dentária mesmo atingindo pouco mais de 10% da população e durando apenas 5 anos (PHILIPPOVSK apud ZANETTI, 1993, p.45 ; BRASIL, 1981, p. 69).

O PFAAP pretendia atuar em três etapas: a primeira em 1975 beneficiando cidades com serviço de abastecimento administrado pela FSESP (33 cidades) e custeada pelo INAN. A segunda em 1976/1977 para capitais e principais cidades do Norte e Nordeste (29 cidades) e custeada pela FSESP/CES (50%) e INAN (50%). A terceira etapa entre 1978 e 1980, nas cidades médias e capitais da região Sul, Sudeste e Centro-Oeste (170 cidades) custeada

(6) A experiência de Baixo-Guandú teve o propósito de verificar em nossa população a validade dos resultados obtidos no exterior. Pretendia, ainda, obter subsídios técnicos para expansão das medidas deste “Projeto Piloto (BRASIL, 1957, p. 327).

pelas Companhias Estaduais de Água e Esgoto (CEAEs). Este projeto de extensão nacional não foi totalmente efetivado só atingindo 38% das metas previstas (ZANETTI, 1993, p. 46; BRASIL, 1981, p.70).

Quando encerrado esse programa deixou boas raízes e em 1981 mais de 300 cidades brasileiras já haviam iniciado a fluoretação das águas de abastecimento público, beneficiando uma população de cerca de 20 milhões de habitantes, o que equivalia a um pouco mais de 10% da população (VIANA, 1988, p. 119; ZANETTI, 1994, p. 56).

Embora as metas do projeto não tivessem sido totalmente atingidas, houve algum benefício palpável. São exemplos disso o reconhecimento da Odontologia como integrante da saúde pública e a conscientização dos gestores públicos da necessidade de universalização da prevenção à cárie. As causas do insucesso ficaram evidenciadas pela existência de grande burocracia, inflação e demora na aplicação de recursos. Isto somadas à falta de interação dos órgãos de saúde com empresas de abastecimento de água (ZANETTI, 1994, p 122).

Nas décadas de 70/80, a maioria da população do Brasil ainda era ruralista e, mesmo assim, as atividades de fluoretação continuavam sendo direcionadas em benefício das áreas urbanas. Isso aconteceu por não haver um veículo, como a água canalizada e tratada, que pudesse ser empregado preventivamente em áreas rurais e que atingisse grande parte da população. Estas áreas rurais continuaram a receber o uso tradicional de medidas curativas individuais acrescidas de aplicações tópicas e bochechos com fluoreto de sódio. As ações tanto urbanas como rurais eram quase sempre compulsórias. Um dos motivos desta prática era a pouca educação da população para o uso do flúor e dessa forma se podia atingir as crianças sem distinção de ordem econômica, social ou educacional (VIANA, 1988, p.117).

A atuação da FSESP com o uso do flúor trouxe resultados que foram marcantes, ocasionando o declínio da prevalência da cárie e também das doenças periodontais. E mesmo sendo declinante a média nacional de cárie dentária, as características geográficas e as desigualdades regionais sócio-econômicas foram (e são) obstáculos à universalização do atendimento preventivo por meio da fluoretação das águas de abastecimento público (MOYSÉS; WATT, 1996, p.3).

Mostrando as inúmeras dificuldades encontradas para uma prevenção abrangente pelo uso sistêmico do flúor, temos a comparação do índice de CPO-D em crianças de 12 anos no Brasil no ano de 1986. Como exemplo pode-se citar que no Espírito Santo em uma criança de 12 anos o CPO-D era 1,47 e em Roraima 6,30. Ainda assim a fluoretação de águas, de um modo geral, foi favorável mesmo com todas as limitações que a abordagem preventiva tenha apresentado (MOYSÉS, WATT, 1996, p.3).

Nesta abordagem positiva os registros históricos indicam que em 1989, 1222 cidades já tinham suas águas fluoretadas (64 milhões de hab.), embora havendo decisões políticas inadequadas e sem a formação de uma rede básica de atenção sanitário-bucal (ZANETTI, 1993, p. 75).

Num estudo mais recente Paulo Capel Narvai relata que em 1996 42% dos brasileiros recebiam água fluoretada (NARVAI, 2000, p. 92).

Depois de observados os resultados dos vários programas de fluoretação desde 1953, no Brasil, constata-se que a fluoretação das águas de abastecimento público é o método de prevenção de cárie mais efetivo em termos de abrangência coletiva. Sua utilização sempre proporcionou resultados com absoluto sucesso (ZANETTI, 2000).

A utilização de flúor sistêmico, no entanto, deve ser controlada em termos de risco/benefício, pois enquanto a subdosagem não traz benefício anticárie, a sobredosagem está associada com a fluorose dental (SARMIENTO, 1996, p.30).

Outras alternativas podem ser aplicadas onde não é possível implantar a fluoretação da água. Em países como Chile, China, Bulgária e Inglaterra o combate à cárie infantil é feito também através do flúor no leite. Além disso, a Organização Mundial de Saúde recomenda a fluoretação do sal de cozinha como outra boa solução (BASTOS, 1998, p. 134). No Brasil o uso de flúor no sal foi discutido desde as décadas de 60/70 como método similar ao de iodação do sal, embora não tenha sido implementado efetivamente (BRASIL, 1982, p. 66).

Somados à fluoretação das águas, vários fatores puderam contribuir para a diminuição da prevalência da cárie, dentre eles:

- Aumento de pessoas com acesso à água tratada,
- Adição de flúor aos dentifrícios,
- Ações de promoção de saúde,
- Procedimentos coletivos (PC),
- Fornecimento de escovas e cremes dentais (BRASIL, 1982, p. 66).

O advento do uso preventivo do flúor transformou-o, ao longo do século XX, no principal agente utilizado no combate à cárie. Os produtos fluorados têm sido apontados como os principais responsáveis pelo declínio da prevalência no Brasil e no mundo. Por sua causa as populações que conviviam com infecção, dor, sofrimento e mutilação passaram a ter perspectivas de melhoramentos em saúde bucal (NARVAI, 2000, p.92).

A simples ingestão de flúor através dos alimentos já proporciona, naturalmente, uma presença do mineral na ordem de 0,1 a 0,3 ppm. Quando o ideal estaria em torno de 1ppm. Daí a necessidade de se adicionar flúor em outros meios de condução ao organismo. Se houver aumento de flúor no sangue, além do necessário, é acionado um sistema no corpo humano conhecido como homeostase. Esta atividade procura restabelecer os níveis normais através da fixação do excesso em estruturas mineralizadas (ossos e dentes) e na eliminação pela urina (ROSMARY, 1985, p. 69).

O acúmulo dos íons flúor no dente causa o aparecimento do chamado “esmalte manchado” ou “mosqueado”. Esta anormalidade só se evidencia quando a água ingerida contenha um alto teor de flúor. Entre duas a oito vezes maior que o ideal e seja tomada por crianças entre zero e oito anos de idade por longo período. Uma dose letal para humanos é estimada em 2 a 5 gramas de flúor, ou seja 2000 a 5000 vezes maior que o recomendado para a prevenção da cárie. Para o Brasil a concentração média mais usada é 0,7 a 0,8 ppm (Idem, p. 70; BRASIL, 1971, p. 73).

A aceitação internacional da fluoretação de águas e sua recomendação como medida preventiva de saúde pública foi confirmada na 22ª Assembléia da Organização Mundial de

Saúde, realizada em Boston, EUA e na 61ª Reunião da OPAS (ambas em julho de 1969) (ROVIRALTA, 1978, [s.p.]).

No Brasil também contribuiu para a aceitação e progresso da fluoretação a promulgação dos seguintes diplomas legais:

- a) Lei nº 6050 de 24-05-74, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento público no Brasil;
- b) Decreto nº 76872 de 22-12-75, que regulamenta a lei citada acima;
- c) Portaria nº 635/Bsb de 26-12-75 do MS que aprova as Normas e Padrões sobre a fluoretação da água dos Sistemas de Abastecimento Público, destinada ao consumo humano (USP, 1992, P. 2; BRASIL, 1983, p. 227).

3.1 - Compostos usados na fluoretação de águas

No início dos trabalhos de fluoretação de águas de abastecimento público a utilização do fluoreto de cálcio (fluorita) seria a solução ideal, se não existissem dificuldades quanto ao seu uso. As dificuldades decorriam do baixo grau de solubilidade desse composto na água. Em 1956, durante estudos específicos, os americanos Franz Maier e Ervim Bellack observaram que a fluorita é solúvel em ácidos como também em sulfato de alumínio. A partir daí construíram um dosador experimental na cidade de Bel-Air, estado de Maryland (USA). O sucesso conseguido serviu amplamente de modelo para outros países, inclusive o Brasil (BRASIL, 1974, p. 11).

A FSESP buscou os conhecimentos adquiridos no EUA e, em 1963, iniciou uma série de experiências na cidade de Macaé, RJ, para verificar a validade daqueles resultados na população brasileira. Utilizava recursos minerais nacionais e equipamentos fabricados no País. Os estudos terminaram em 1964 e foram coroados de pleno êxito, passando a fluorita a ser o composto de flúor mais usado. O interesse da FSESP pela fluorita se justificou por ser ele o sal de flúor mais abundante em nosso País e o de menor custo. Ao mesmo tempo se eliminaram as barreiras alfandegárias que haviam se tornado num grande empecilho à importação do flúor (Idem; GRINPLASCH, 1972, p. 123).

No Brasil dos anos 50, para a fluoretação das águas, os compostos de flúor mais usados pela FSESP eram o fluoreto de sódio e o fluorossilicato de sódio. Após as experiências de 1963 com a fluorita, passaram a ser comumente usados: fluoreto de sódio, fluorossilicato de amônio, ácido fluorídrico e ácido fluorossilícico (BRASIL, 1974, p.322; BRASIL, 1971, p. 73).

3.2 - Flúor no sal

A idéia de se utilizar sal comum, de cozinha, como veículo para a fluoretação preventiva de massa, remonta aos tempos dos projetos pilotos americanos com água fluoretada. O primeiro trabalho levado a efeito aconteceu na Suíça em 1946, coordenado pelo médico Hans Jacob Wespi e que teve amplo sucesso. Só depois de vinte anos vieram, outros estudos igualmente importantes pelos resultados positivos conseguidos como os da Espanha (1966), Hungria (1966) e Colômbia (1962 e 1972) (BRASIL, 1982, p.202).

A FSESP percebendo a ampla possibilidade de utilização do flúor no sal iniciou suas pesquisas em 1977. Partiu da premissa de que o sal fluoretado independia de um sistema de

abastecimento de água e que poderia atingir populações onde não fosse possível levar o flúor pela água. As perspectivas pareciam promissoras e a Fundação contava com o apoio do Governo, das salineiras e dos sanitaristas envolvidos nos programas de prevenção odontológica (Idem, p. 207; BRASIL, 1979, p. 80).

Em pouco tempo ficou comprovado que os enfoques da água fluoretada e do sal fluoretado levam ao mesmo fim: distribuição de íons flúor livres, que uma vez absorvidos pelo organismo comportam-se de maneira idêntica. O sal até acarretou mais baixo custo com a mesma eficiência da água. Mas concluiu-se que o emprego de sal fluoretado só deve ser usado em áreas restritas e sob rigoroso controle técnico se constituindo a fluoretação da água como o método de escolha preferencial (BRASIL, 1982, p. 203).

Mesmo conseguindo os resultados que comprovaram a redução progressiva da cárie pelo sal no flúor, o método não foi adotado. Justificou-se a não adoção do sal fluoretado pelas limitações de tempo e de recursos. A fórmula a usar continuou sendo o tradicional e largamente conhecido sistema de fluoretação de águas de abastecimento público que há muitos anos vinha obtendo dados expressivos (idem, p. 202-203).

3.3 - Bochechos fluorados na escola

As pesquisas da odontologia na Segunda metade do século XX trouxeram grandes resultados que pareceram serem suficientes para proporcionar saúde para todos e que se tornaram estratégia importante na redução do impacto que as doenças têm na vida da população brasileira. Todo este desenvolvimento, no entanto, não fez com que as diversas medidas de promoção da saúde bucal tais como a prevenção maciça pela generalização da fluoretação das águas de abastecimento público atingisse alguns segmentos da sociedade, principalmente as áreas rurais e locais urbanos sem água tratada, obrigando a que se procurasse novas medidas alternativas (ZANETTI, fev/2000, p. 1).

Estas medidas surgiram como aplicações preventivas tópicas e de auto-aplicação utilizando flúor. As tentativa de redução da incidência da cárie dental, no Brasil, se iniciaram juntamente com os métodos preventivos sistêmicos em 1952, na experiência piloto de Aimorés. A técnica primária recomendava que o CD fizesse a aplicação tópica da solução de flúor nos dentes com bolinhas de algodão ou cotonetes. Ao auxiliares e professores competia orientar as crianças nos bochechos fluorados (BRASIL, 1979, p.116).

Os bochechos com soluções de fluoreto, em escala individual ou coletiva, se somaram ao uso tópico e completaram o uso do flúor em águas de consumo público nos programas de odontologia social. Por sua comprovada eficácia, custo reduzido e facilidade de aplicação, os bochechos alcançaram grande popularidade nos meios odontológicos. E ao longo do tempo esta popularidade se estendeu a toda a sociedade. Hoje os bochechos são praticados em todo o mundo com mínimas variações técnicas (PINTO, 2000, p.371; BRASIL, 1985, p.128).

Os maiores avanços ocorreram nas décadas de 70/80/90 com o surgimento de tecnologia assistencial significativa em saúde bucal coletiva, o que possibilitou a rotinização do uso tópico do flúor gel trimestral, associado à escovação diária com creme dental fluoretado e a bochechos semanais de flúor (ZANETTI, 2000).

Nas tentativas de combinar, articular e integrar as várias formas de aplicação do flúor, surgiram os Procedimentos Coletivos (PCs) na década de 70. Os primeiros movimentos nesta nova forma de atuação tiveram início quando, em 1972, a prefeitura de Porto Alegre e a FSESP passaram a usá-lo como parte integrante de seus Sistemas Incrementais. Esta nova forma de atuação, através dos PCs facilitou o uso sistemático do flúor com bochechos (PINTO, 2000, p. 371).

À aplicação de Procedimentos Coletivos (PCs) somou-se um esforço pedagógico para o encorajamento da população a reconhecer a importância das ações preventivas, evitando o aparecimento de cáries ou interceptando estas cáries no seu início. Os PCs inicialmente foram direcionados aos segmentos da população excluídos das medidas preventivas de massa, principalmente os ruralistas. Nas duas últimas décadas, estes benefícios abrangeram as escolas em geral e se estenderam a todas as famílias assistidas pelo Programa Saúde na Família (PSF) (ZANETTI, OUT/2000, p. 7; BRASIL, 1971, p.77).

Nos bochechos, a solução mais usada foi o fluoreto de sódio a 0,2% semanal, durante um minuto, com prevenção esperada de 35%. Para aplicação tópica utilizava-se o gel flúor fosfato acidulado (FFA) a 1,23% por meio de moldeiras, durante 4 minutos. Ultimamente essas moldeiras foram abandonadas por impraticidade e por induzirem à deglutição de excessos de flúor (BRASIL, 1988, p.11; CORDEIRO, 1980, p. 98; VIANA, 1988, p. 117). Mesmo ficando comprovada, por SALIBA e SALIBA, uma redução de incidência de cárie de até 16% com o uso dessas moldeiras (BRASIL, 1977, p.145; BRASIL 1988, p. 11; MOISÉS, WATT, 1996, p.7).

Nos anos 90 passou-se a aplicar o gel de flúor nas escovas de dente. Embora um método não exclui o outro, tendo ambos baixíssimo custo operacional. A vantagem do gel na escova implica na maior participação do professor como multiplicador, reafirmando a desmonopolização na odontologia (ZANETTI, 2000).

O uso do gel na escova (FFA a 1,23%) mesmo sendo o mais disseminado não descartou a aplicação tópica de fluoreto de sódio a 2%, que continua sendo feita por profissionais 3 a 4 vezes ao ano, com as aplicações de 4 minutos. Se for usado o fluoreto estansoso a 8%, a aplicação é semestral. As crianças são atendidas com idades de 4, 7, 10 e 13 anos, coincidindo com os períodos de erupção dos dentes (PINTO, 2000, p.383).

Para bochechos, nos dias atuais, o fluoreto de sódio é servido na proporção de 0,2% semanal ou quinzenal e a 0,05% diário (Idem; ibidem, p. 375).

Deve-se ressaltar que o uso de dentifrícios com flúor transformou-se num dos principais meios de controle da cárie por associar aplicação tópica e bochechos e por atingir toda a população. A redução dos níveis de cárie promovida por este método está entre 20 e 35%. Sendo regulamentada a sua composição e comercialização pelo MS, Portaria Nº 22 de 1989 (Idem; ibidem, p.383).

Mais recentemente houve um grande reconhecimento da importância das ações preventivas na Odontologia com a Portaria de 25 de outubro de 2000, do MS, incluindo a Saúde Bucal no PSF (ZANETTI, out/2000, p.1; CFO, p. 2).

No Brasil os métodos de uso de flúor seguiram as orientações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Dentária Internacional que preconizavam: “a associação entre um método de ingestão e um de aplicação tópica de fluoreto constitui a maneira correta de reduzir a incidência da cárie sendo os dois métodos compatíveis entre si e proporcionam melhores resultados quando associados”. Para ingestão usou-se a fluoretação das águas de consumo público. Para uso tópico e bochechos os programas a nível escolar possibilitaram melhor controle das aplicações das soluções de fluoreto de sódio e do gel com flúor-fosfato acidulado (FFA) (BRASIL, 1988, p. 11, ZANETTI, 2000).

4 – Radicalização dos Elementos do Sistema Incremental para Escolares

O Sistema Incremental foi um modelo de tecnologia assistencial implementado nos anos 50 no Brasil, a partir de uma situação onde o controle da incidência de cárie não tinha sido desenvolvido e os métodos assistenciais se organizavam em cima desse incremento, como única forma de estar acompanhando a progressão da cárie (ZANETTI, 2000).

Segundo a concepção da época o programa incremental, possuía uma ação horizontal (entende-se como ação horizontal uma atenção contínua ao longo do tempo) por meio de um programa preventivo, o qual controlava a incidência dos problemas, e uma ação vertical (intervenção pontual em um dado momento de tempo) por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente havia um programa educativo que fornecia apoio a estas ações (Idem).

O Incremental foi e continua sendo empregado em alguns locais quase que exclusivamente em escolares, pelas facilidades que proporcionam as unidades de ensino como agrupamentos fechados de pessoas e pela ênfase epidemiológica que corresponde à faixa etária. No entanto, sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos (idem). No entendimento da época poderia ser facilmente aplicado porque seu uso era para uma faixa etária que começava com poucos problemas de cárie dos 6 aos 14 anos. Atualmente se fossemos trabalhar, por exemplo, com um grupo de adultos com CPOD alto, dificilmente conseguiríamos dar tratamento completado a todo esse grupo com 28 a 32 dentes na boca e, ano a ano, fariamos o incremento numa estratégia bastante difícil mesmo trabalhando com THD, que na lógica da época não tinha sido incorporado na Fundação SESP (FREIRE, 1970, 1966).

O Incremental possuía limites, tais como população escolar restrita, característica da zona rural, tanto é que foi amplamente aplicado na região Nordeste com uma comunidade altamente de zona rural. Possuía a dificuldade de se incorporar a outros grupos como gestantes, adultos e maiores de 14 anos, ele era um programa fechado, os alunos eram exclusivos daquela escola, cabendo ressaltar que naquela época a evasão escolar era alta, certamente o grupo que recebia atendimento era uma minoria no universo das crianças que necessitavam atenção (ZANETTI, 2000).

O Sistema Incremental geralmente se desenvolvia por ciclos anuais de trabalho coincidentes com o período de atividades escolares ou, quando possível obtinha acesso contínuo às crianças, extensível ao total de 12 meses. Cada ciclo encerrava sempre dois períodos: o de tratamento e o de acúmulo de necessidades. Uma criança tratada no primeiro mês de um ciclo, por exemplo, só recebia atenção novamente no ciclo seguinte. Assim, enquanto as outras

crianças estavam sendo tratadas, aquela estava acumulando novos problemas (PINTO, 1983, p.22).

Sendo a filosofia do Incremental que as crianças já atendidas seriam mantidas sob cuidados nos anos (ciclo) subsequentes, tratando-se as novas cáries que surgiram no intervalo de tempo entre a alta e o novo exame bucal. No momento em que as crianças com “alta” (tratamento completado) do ano, ou dos 2 anos anteriores, merecessem novo atendimento, entrava o Programa em sua segunda e definitiva fase, a de manutenção (RAMOS et al, 1974; BRASIL, 1984). Nessa lógica o Cirurgião-Dentista nunca terminava com a incidência de cáries dos escolares. Esgotava-se a idéia do incremento necessitando “fechar a torneira aberta” da incidência de cáries. Estava-se à procura de um novo paradigma que não fosse exclusivamente curativo, onde o cirurgião-dentista não podia deixar a escola para dar atenção a outros grupos. Assim, incorporado acriticamente, o Modelo Incremental não chegou a formular estratégia universal para atingir toda a população, mesmo sobrevivendo por um período de 40 anos (ZANETTI, 1993, p.110).

O incremental desenvolveu-se enquistado nas escolas, criando um sistema de privilégios e benesses que acabou por favorecer o CD descompromissado com o serviço público e afeto a favores clientelistas. A lógica foquista mantinha-o à parte do sistema de saúde (se é que esse sistema existia), sem qualquer monitoramento ou acompanhamento de seu trabalho pelos mecanismos de controle sociais que foram criados no setor saúde. Conseqüentemente a programação Tipo SESP não se vinculou à unidade básica de saúde, mas sim à escola e suas demandas. Surgiram também outros complicadores no modelo. No Sistema Incremental o centro da atenção era a prática curativa e as práticas preventivas e promocionais aconteciam marginalmente. O compromisso com o atendimento anual tornou o modelo prioritariamente curativo-intensivo, apesar de desenvolver ações preventivas de forma secundária (idem).

Conseqüentemente, a Odontologia Sespiana era excludente, pois se ocupava exclusivamente da população-alvo e não do conjunto de população exposta ao risco de adoecer. Era fundamentada em uma lógica que herdou da concepção norte-americana com a preocupação de oferecer um tratamento altamente intensivo e curativo para melhorar rapidamente as condições de vida de uma pequena parte da população. Vale dizer também que esse modelo de atenção era caro, pois o cirurgião dentista dava conta da demanda que era absolutamente restrita a escola, mas havia um tempo ocioso onde mecanismos de controle não existiam para estabelecer parâmetros de tarefas agendadas (MENDES & MARCOS, 1984).

O Incremental foi transformado em receita. Em padrão a ser reproduzido acriticamente. Recaiu e ainda recai sobre este sistema de atendimento uma série monumental de críticas que, na maioria das vezes estão dirigidas, efetivamente, não ao sistema de atendimento em si, mas à precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico nos programas (Idem).

“Atualmente tendo por base a evolução do conhecimento científico no setor e as municipalizações a partir do Sistema Único de Saúde, começa-se a rediscutir a metodologia do sistema incremental (...). A progressiva implantação do SUS no País requer uma reconstrução crítica dos modelos assistenciais, descentralizando-os e, em correspondência, ajustando-os às possibilidades dos recursos e das formas de organização social e cultural vigentes em suas áreas de aplicação, redefinindo o papel e o cenário dos serviços (...). A

atenção odontológica voltada exclusivamente a escolares, desvinculada do sistema de saúde e descompromissada com a realidade sócio/política do usuário, independentemente do método e local utilizados para sua execução, parece estar prestes a esgotar-se” (Idem, idem).

4.1 - A Odontologia Simplificada

Nos anos 50 o SESP havia trazido a base de um modelo de programação científica para a Odontologia no sentido público. Trouxe uma novidade em cima dos conhecimentos que se tinha na época. Na clínica havia a Odontologia Flexneriana e na saúde pública, em geral, existia o fundamento do sanitarismo (ZANETTI, 2000).

Então de um lado o SESP estribou-se no modelo sanitarista americano (Centros de Saúde) ainda dos tempos de Carlos Chagas. De outro lado usou a Odontologia Flexneriana da clínica, tendo então os dois elementos que serviam de base para o paradigma, ainda intacto, da prática médica e sanitária corrente nos anos 40.

Assim o Incremental foi basicamente articulado com a clínica no sentido curativo, dentro do Centro de Saúde. Sua articulação com a saúde pública se deu pelos bochechos e fluoretação das águas. Neste contexto foi montado um Paradigma de Programação que, durante 30 anos, serviu de base para todas as ações que se seguiram até os movimentos que originaram as transformações originadas pela Influência Escandinava.

A Odontologia Simplificada ou Comunitária apareceu nos fins dos anos 70 e começo dos anos 80 no Brasil, assim como nos outros países da América Latina. Surgiu fazendo uma crítica à odontologia científica ou Flexneriana: “Uma prática profissional que permita através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E que, ao tornar-se mais produtiva, tornava viável os programas de extensão de cobertura” (MEIRA, 1985).

Na verdade existia todo um movimento mais ideológico de propostas do que de substância. Estas propostas eram a partir de críticas simplórias e radicais que não iam ao fundo do problema saúde bucal. A Odontologia Simplificada foi um produto político de um movimento ideológico. Partia da constatação de que o mercado da odontologia era elitista, especialista e com incorporação acrítica de tecnologia.

Os atores da saúde pública viam a odontologia Flexneriana com a característica de transformar os serviços em mercadoria crua, no sentido de compra e venda. Indagavam-se: como fazer a parcela excluída da população, que não tinha meio financeiro para o consumo, ser alcançada pela odontologia?.

A solução mais plausível seria a popularização da odontologia via ampliação do serviço público em contraposição ao elitismo. Em contraposição à especialização deveria haver uma simplificação e em contraposição à incorporação acrítica de tecnologia entraria a recusa e a revisão da tecnologia clínica.

Sabia-se que a exclusão se dava pelos altos custos do tratamento dentário. Então o caminho seria o Estado incorporar dentistas com pouca tecnologia, barateando a prática odontológica e, a partir daí, seria possível o financiamento e cobertura da saúde bucal.

A crítica ao Flexnerianismo era simplória porque não se dava em cima do conceito de cidadania. Não se expunha os “porques” do Estado não ampliar as políticas públicas. Era uma crítica descentralizada da odontologia feita por dentistas, pela odontologia.

Nesta conjuntura o Regime Militar dava forte apoio à odontologia mutiladora do INAMPS, que se expunha como subproduto da saúde. Já a odontologia da FSESP só cobria pouco habitantes (14% ou 15 milhões). Este momento situacional desvalorizava a saúde pública bucal.

Havia um gigantesco quadro de dentes cariados com pequena oferta de serviços, mesmo assim de caráter previdenciário. Nos Centros de Saúde, basicamente, só existia a FSESP e raríssimas Secretarias de Saúde estaduais ou municipais como em São Paulo, Curitiba e Juiz de Fora, todas com o foco de atuação centrado em escolares cujo paradigma de programação era Sespiano.

A crítica da Simplificada ao elitismo clínico e à não inclusão da Odontologia nos serviços públicos mostrava que o crescimento do atendimento à saúde bucal teria que se dar pelos Centros de Saúde com modelos mais próprios para a saúde pública. Essa crítica era importante mas se limitava aos elementos da prática da atenção clínica e não alcançava as políticas públicas atrofiadas do Estado Brasileiro. Pode-se dizer que era dentista criticando dentista.

A Odontologia Simplificada radicalizou, supervalorizando os elementos do Sistema incremental e trazendo como proposta melhorar os Centros de Saúde e os trabalhos com as escolas, buscando tecnologia simplificada de baixo custo. Segundo WERNECK, 1994, sugeriu-se a simplificação com a Tecnologia Dura de Equipamentos com cadeira de dentista e cuspeira simples e com a Tecnologia Leve e Dura de organização dos trabalhos que implicava em fazer com que o dentista ficasse restrito aos atos de sua competência exclusiva, delegando aos auxiliares todos os atos que pudessem ser feitos a 4 ou 6 mãos com THD e ACD. Isto resultou na visão que se tem hoje da função dos auxiliares, numa desmonopolização intraclínica.

Para a tecnologia Leve e Dura adotou-se uma visão Fordista de produtividade, com cada elemento fazendo sua parte e outra visão Taylorista de otimização nos vários pontos de seqüência do tratamento dental, com menor número de movimentos, menor tempo e maior produtividade.

Mesmo assim a Simplificação mantinha seus elementos essenciais na ênfase da prevenção, na diminuição de passos sem baixar a qualidade, na eficácia através da eficiência, na padronização e no desenvolvimento tecnológico. Apesar disso, continuava sendo uma odontologia altamente centrada no aspecto curativo.

O discurso da Odontologia Simplificada dava ênfase à prevenção, mas o que se observava na prática era uma Odontologia com os elementos estruturais da odontologia Flexneriana e o modelo de programação com base no antigo sistema incremental (MENDES & MARCOS, 1985).

Sem sair da escola e sem abandonar o Incremental curativo, associado ao preventivo, a Odontologia Simplificada modificou o Paradigma de Programação Sespiano a partir de uma crítica rasa e sem amplitude. Produziu uma análise superficial da crise da Odontologia marcada pela exclusão e indicava uma solução tão superficial quanto a análise que a fundamentava. Mas pegava elementos do próprio Incremental, radicalizando e otimizando, fazendo com que o trabalho evoluísse ao máximo. Este estressamento expôs as contradições e os limites do Incremental. Sendo este o grande legado do Simplificado (ZANETTI, 2000).

Não havia como aumentar as possibilidades de oferta, limitada pela própria falta de universalidade do modelo Sespiano, sustentado por base clínica. A Odontologia continuou sendo uma profissão eminentemente restauradora e é para este tipo de prática que uma grande massa de conhecimentos tem sido gerada. Isto tem uma relação orgânica evidente com o sistema social que suporta esse modelo de prática. É no Brasil, como nos demais países periféricos, que a produção desses conhecimentos apresenta ainda um caráter de dependência em relação aos países desenvolvidos da qual resulta uma transferência científica e tecnológica inapropriada e que se dá através de um conjunto de agentes como a educação odontológica (ainda altamente flexneriana), assistência técnica internacional e por meio do aparato industrial com matriz geralmente externa (MEIRA, 1985).

CORDÓN em 1991, criticava: “América Latina se há desarrollado históricamente como una sociedad dependiente económica y políticamente de Europa em sus inicios y posteriormente y hasta estos días, de los Estados Unidos de Norteamérica. Las consecuencias de esta situación socioeconómica, se manifiestan crudamente em el estado de salud de la población(...) El tipo de práctica profesional dominante es la práctica mercantil, resultante del modelo de producción capitalista. Esta práctica funciona primordialmente con profesionales que trabajan em forma individual (ou ocasionalmente em pequeños grupos), aglutinados em las ciudades para dar atención a las élites económicas por su propia naturaleza, esta práctica profesional es excluyente de los grandes sectores de la población, que no tiene suficientes recursos económicos para sufragarla. Por su parte, la práctica institucionalizada cubre solo a um pequeño porcentaje de la población y es predominantemente de tipo mutilatório. La tecnología em uso em la práctica odontológica, em gran medida, data del tiempo em que los elementos mecánicos y los materiales dentales imprimían limitaciones a las técnicas odontológicas. La odontología moderna há logrado hacer suyos muchos de los avances tecnológicos, especialmente em relación con los aparatos de corte y los materiales utilizados em la prevención y restauración de las enfermedades dentarias. Sin embargo, paradójicamente, esto há producido uma elevación de los costos del servicio con lo cual la odontología se há convertido em um satisfactor de necesidades, cada vez más inaccesible a la gran masa poblacional. Por outro lado, no se han logrado desarrollar suficientemente nuevos sistemas que permitan potencializar la entrega del servicio.”

Mesmo sem provocar mudanças essenciais, a programação na Odontologia Simplificada desencadeou transformações no interior da tradição Sespiana. Essas modificações propostas pelo CD decorreram de seus conhecimentos da clínica como um todo, que é seu campo principal de ação. Isto se sobrepõem aos seus conhecimentos de ciência política, administração pública, programação e planejamento (ZANETTI, 1993).

Dessa forma o interesse principal de CD era evoluir o atendimento clínico numa crítica ao paradigma Sespiano Flexneriano. No tocante à saúde pública a universalidade continuava sendo pela fluoretação da água e nos bochechos com flúor, esses limitados ao atendimento a nível escolar.

Nestes momentos da Odontologia Simplificada e da Integral percebe-se que havia o questionamento da Odontologia mas sem chegar na lógica da programação. Fez-se o diagnóstico e propôs-se uma solução de reforço aos elementos do paradigma Sespiano, exacerbando conteúdos que já existiam desde a fundação do SESP, nos anos 40. Injetou-se novo ânimo naquilo que o SESP sempre foi. Ressaltando-se que o apoio essencial direcionava-se para a tecnologia Dura e Leve Dura.

No entanto, a massa dos excluídos não mais se encontrava no interior do Nordeste, mas sim no interior das regiões Sul e Sudeste. Fato este ocasionado pelas correntes migratórias (ZANETTI).

4.2 - A Crítica da Odontologia Integral ao Flexnerianismo Sespiano

A ação preventiva versus curativa obrigou a uma reflexão mais profunda. Agora já calcada em alguns anos de experiência própria sobre o significado real da Odontologia Simplificada. Teve início o delineamento de uma outra concepção de Odontologia alternativa que não seria mais uma prática complementar à Odontologia Científica, mas uma nova forma de pensar e fazer Odontologia que deslocaria a prática hegemônica e que apresentaria, por conseguinte, uma qualidade diferente. Essa prática foi chamada de Odontologia Integral.

Tal concepção de Odontologia Integral deixou de lado a complementariedade e instituiu-se como prática substitutiva da Flexneriana. Não se tratava de, simplesmente, adaptar uma Odontologia para os pobres com base na simplificação dos elementos da Odontologia Científica. Ao contrário, tornava-se imperativo gerar e difundir uma Odontologia capaz de substituir a prática hegemônica existente, superando-a radicalmente e fazendo emergir um novo paradigma profissional. Essa abordagem da Odontologia Integral sustentava-se em três grandes pilares interdependentes: a simplificação, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico (MENDES & MARCOS, 1985 pg 14).

A Integral chegou dizendo que a Simplificação e Desmonopolização eram soluções restritas para um problema de saúde que tinha uma dimensão muito maior, como a falta de desenvolvimento de um sistema de saúde e a falta de investimentos na área. Preconizava outro enfoque clínico, substantivo e o qual o SESP não tinha. Radicalizou os dois elementos já existentes, como o havia feito a Simplificada, mas introduzindo um novo e terceiro elemento que foi a Ênfase na Prevenção subvertendo o enfoque Flexneriano curativo.

Deste modo a crítica definitiva ao Flexnerianismo foi feita pela Odontologia Integral que recomendava o apoio no tripé Simplificação, Desmonopolização e Prevenção. Ainda que existissem críticas ao elitismo, à especialização e à incorporação acrítica de tecnologia pela Simplificada as soluções apresentadas não rompiam com o Flexnerianismo, como o fez a Integral.

A partir de um diagnóstico existencial odontológico endógeno a Integral caracterizou a prática antiga como elitista, mas ressaltou seu valor curativista. Propôs o novo ordenamento com o acréscimo da Ênfase às Prevenções Clínicas, mesmo sabendo que estas sempre existiram extraclínica desde o início da SESP. A Integral sugeriu a prevenção no “templo” da Odontologia, ou seja na Clínica, mesmo tendo suas limitações e dificuldades no sentido de gerar soluções.

Abriu-se a porta para a Influência Escandinava com os conseqüentes conhecimentos e fundamentos de cariologia e com as tecnologias clínicas de prevenção sobre a cárie, que era o problema mais prevalente. Vieram os carióstáticos, os selantes, os géis e os vernizes. Este modelo de atenção clínica do início dos anos 80 provocou um tensionamento máximo no modelo de programação Sespiano quando começaram a aparecer as condições de acabar com o incremento por não haver mais necessidade da criança voltar em curto prazo a ser atendida.

Esta nova situação coincidiu com as novas mudanças no modelo de ação gerencial no SUS. O encontro histórico destes dois processos resultou no surgimento da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (ZANETTI, 1993). A questão do incremento, sobre o qual todo o modelo Sespiano havia sido montado, deixou de ser a base sustentadora da programação.

O desenvolvimento da prevenção clínica junto com toda a tecnologia preventista, especialmente o uso em massa do creme dental, ao mesmo tempo que questionava o curativismo Flexneriano atingia com grande eficiência o incremento (Portaria N°.22/89 da SNSVS).

Começou a surgir várias experiências que desmoronaram o antigo modelo. Como o Programa de Inversão que trazia uma série de provas de que o modelo Sespiano estava esgotado.

O elemento Prevenção Clínica foi revolucionário e subversivo, por isto ele é crítico.

A Integral só surgiu a partir do momento em que houve base tecnológica, nos anos 80. Nela o conteúdo da desmonopolização passou a ser da equipe clínica para a população (na Simplificada o conhecimento passava do CD para o auxiliar) numa situação mais antropológica e culturalista.

O CD passou a ser obrigado a interagir contextualmente com o cidadão, conhecendo-o melhor e consequentemente abrindo um canal de duas vias para cooperação no tratamento da saúde bucal, na tentativa de resgatar a integralidade.

5 - A Influência Escandinava

Antes da década de 60, o Sistema de saúde pública Escandinavo, era ineficiente. Os estudos da OMS também identificaram dificuldades existentes, relacionadas com problemas específicos da Noruega. A forma que o problema foi enfrentado variou de acordo com o país envolvido, porém a característica comum a todos eles foi uma mudança do paradigma cirúrgico-restaurador para um social-preventivo. Estudos datados do final dos anos 80 constatarem uma redução de cárie na ordem de 60 a 70 % na população Escandinava, sendo que em determinados grupos esta redução alcançou 90% e o número de crianças livres de

cárie aumentou e chegou a 30% da população escolar. Com os resultados notáveis desta mudança, convencionou-se chamá-la de “Modelo Escandinavo de Atenção Odontológica” (BRASIL, 1988).

Um dos estudos que deram base científica ao Modelo de Atenção Escandinavo, foi o desenvolvido por HAROLD LÖE & COLs., intitulado *Experimental Gingivitis in Human*, onde desvendavam a natureza infecciosa e inflamatória da doença periodontal. Quase simultaneamente, pesquisas desenvolvidas por PAUL KEYES e ROBERT FITZGERALD (*Demonstration of Etiologic Role of Streptococci in Experimental Caries in the Hamster*), demonstravam que a cárie era uma doença bacteriana infecciosa e transmissível em modelos de animais roedores. Poucos anos após, começaram a aparecer os primeiros estudos clínicos confirmando, no homem, os achados originais em hamster (WEYNE, 1997).

De acordo com as pesquisas, pôde-se aprender praticamente ao mesmo tempo, que as lesões cáries e periodontais eram resultantes de doenças infecciosas, que por sua vez dependiam da presença e dominância de certas bactérias odontopatogênicas nas placas. Esta descoberta abalou a velha Odontologia cirúrgico-restauradora, mostrando a imensa fragilidade de se fazer a avaliação da atividade e severidade dessas doenças a partir apenas da análise das características anatômicas e morfológicas de suas lesões. E através dos bem-sucedidos estudos clínicos desenvolvidos entre os anos 60 e 80 e o desenvolvimeto de novas tecnologias clínico-preventivas como flúor, selante, ionômero de vidro e vernizes fluoretados, aprendeu-se como evitar ou limitar os danos que estas doenças poderiam produzir na dentição. Ficando evidente nesse contexto que não passava de um dispendioso exercício de futilidade a tentativa de melhorar a saúde bucal, tratando as doenças cárie e periodontal a golpes de brocas, bisturis e cureta (idem).

Segundo WEYNE foi exatamente neste contexto preventivista, que no Brasil, em 1986, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV) se organizou como entidade, tendo como objetivos iniciais criar e manter um núcleo permanente de discussões e divulgações dentro da odontologia, sobre a necessidade de se ter uma filosofia preventivista permeando toda a atividade clínica, tanto no âmbito do consultório (individual), quanto no de Saúde Pública (coletivo).

No mesmo ano a ABOPREV trouxe para o Brasil o “Modelo Escandinavo de Atenção Odontológica”, introduzindo suas tecnologias preventivas. O que contribuiu para a instrumentalização no conjunto dos serviços públicos, assim enfatizando a ótica preventivista defendida pela Odontologia Integral (ALENCAR, 1997, p.29).

A consolidação definitiva da Influência Escandinava ocorreu com a estruturação da SBC no bojo das discussões da Reforma Sanitária quando as concepções e tecnologias acumuladas em torno da questão preventiva ficaram em grande evidência (ZANETTI, 1996).

O Modelo de Atenção Escandinavo, não era um paradigma porque não aconteceu no serviço público de forma pura, recortada, sozinha. Ele se realizou sobre algum paradigma de base, seja o Integral, o Simplificado, o Incremental Tradicional ou o Flexneriano existente nas décadas de 80 e 90. Deu sua contribuição para o tensionamento dos elementos de programação em Saúde Bucal. A Influência Escandinava expôs os limites destes programas, mas não promoveu a ruptura do paradigma vigente (ZANETTI; LIMA et al, 1996).

Segundo ZANETTI, a Influência Escandinava foi possível porque geralmente o surgimento de um novo paradigma, independente do grau de radicalidade da ruptura que promove, provoca o processo de extinção dos seus antecessores. Conseqüentemente, há hoje serviços organizados sob as diversas lógicas dos múltiplos paradigmas. É evidente que a situação de coexistência altera o estado da formulação original de cada paradigma, quando aquele que está em processo de esgotamento recebe influências de outro mais avançado (1996, p. 27).

As novas tecnologias clínico-preventivas introduzidas por esta Influência estimularam e conformaram uma poderosa base técnica e clínica que passou a apontar os limites dos modelos de programação herdeiros do tipo SESP, concebidos para operacionalizar a atenção curativo-restauradora intensiva. Assim, essa Influência na Odontologia Integral serviu para aumentar ainda mais as inquietações quanto ao modelo de programação. As novas possibilidades foram demonstradas numa série de programas onde, entre muitos, destacaram-se o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PROESA) de Porto Alegre e de Manaus e o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PRECAD) da DNSB do Ministério da Saúde (ZANETTI; LIMA et al, 1996, p.30).

5.1 - PROESA: Programa Odontológico Escolar de Saúde

Questões e desafios colocados pelo setor saúde brasileiro ao longo do tempo, jamais despertaram o interesse do conjunto dos profissionais identificados com as propostas da odontologia preventiva, apesar do claro envolvimento e participação de algumas lideranças, em sua maioria interessadas apenas secundariamente por esse conjunto de questões decisivas em se tratando de viabilizar propostas contra-hegemônicas de prática odontológica. O eixo das propostas foi sempre marcado pela visão clínica e centrada no consultório particular. A proposta de maior repercussão foi o PROESA (NARVAI, 1994, p.98).

Este Programa nasceu de um estudo apresentado ao Núcleo de Odontologia Sanitária, sob o título “Proposta de Programa Sistemático de Prevenção de Cárie e Doença Periodontal para um Grupo de Escolares Pertencentes à Rede de Ensino da Prefeitura de Porto Alegre”, por Rui V. Oppermann e Maria Angélica Graça. A proposta tinha como princípio, a necessidade de desenvolver práticas alternativas que promovessem a saúde ao invés da “cura” da doença como forma objetiva de atingir o direito à saúde de cada cidadão. Tinha como objetivo principal integrar as ações preventivas e restauradoras dentro da prática odontológica realizada pelos CDs e seus auxiliares (BRASIL, 1988).

O PROESA foi implantado, inicialmente, nas Escolas Alberto Pasqualini e Dolores Alcaraz Caldas, localizadas na Vila Restinga em Porto Alegre – RS, em dezembro de 1986. Sua metodologia consistia de um levantamento epidemiológico inicial, observando o índice de CPOs Modificado e o índice de Sangramento Gengival, em crianças na faixa etária compreendida entre 5 e 12 anos (Idem).

Realizados os exames iniciais, adotava-se as medidas práticas que eram: Controle sistemático profissional de placa; Utilização de fluoretos; Instrução, motivação e orientação para higiene bucal; Manutenção periódica preventiva e Remoção dos fatores retentivos de placa dental (restaurações e extrações de dentes decíduos e permanentes). Paralelamente aos procedimentos clínicos, a integração dentista-criança era desenvolvida fora do círculo convencional de atuação do dentista. Eram inseridas atividades dirigidas à saúde oral durante

as festividades da Semana da Criança. Assim buscava-se avaliar como as crianças sentiam as mudanças na relação “dentista-criança” (idem).

O PROESA foi reduzido, por muitos adeptos da odontologia preventiva, a um tipo de “programa de saúde” compreendido como conjunto de ações de promoção e proteção específica e tidas como sendo auto-suficientes para resolver os problemas de saúde pública. Não necessitando de qualquer articulação intersetorial ou com outras ações no interior do próprio setor saúde. Tais ações foram planejadas e executadas em “réplicas” do PROESA, sem uma visão crítica que pudesse avaliar a impossibilidade da “replicação” de um programa de saúde. Por causa desta visão, de programa de saúde como algo replicável, houve uma reprodução a nível nacional deste programa de prevenção de cárie baseado em controle da placa, pela DNSB.

5.2 - PRECAD: Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária

Na segunda metade da década de 80, muito se discutia em volta do assunto “Prevenção”. Segundo ZANETTI, o exemplo disso foi a realização em Brasília de um “Encontro de Especialistas em Prevenção de Doenças Bucais” (23 a 25 de maio de 1988), que contou com a participação institucional dos representantes dos Ministérios da Saúde e Educação (INAMPS/MPAS, DNSB, FAE - Fundação de Assistência ao Estudante) e especialistas na área de prevenção. Foram discutidas as vantagens e desvantagens das medidas de prevenção de Saúde Bucal na esfera pública; a expansão da fluoretação das águas de abastecimento público; o aumento da relação de dentifrícios fluoretados comercializados de 20% para 80%; a elaboração de normas de registro e controle de produtos de prevenção da cárie dentária e a formulação de um projeto de aplicação tópica de flúor, na forma de gel, para crianças de 6 a 12 anos (BRASIL, 1988a).

Dentre as propostas e recomendações acordadas neste Encontro em Brasília, pode-se destacar o apoio à implementação do Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD), por parte da Divisão Nacional de Saúde Bucal e das Instituições que atuavam no campo da saúde pública em todo o país (BRASIL, 1988a, p.08 apud ZANETTI 1996).

Em 1989 a DNSB, sob direção de Vitor Gomes Pinto, passou a coordenar centralizadamente todo o subsetor ao nível federal, pois, conforme o esperado desde a criação desta Divisão, a Coordenação de Administração da Odontologia foi extinta no INAMPS. Neste ano também ocorreu a primeira alocação de orçamento num órgão específico para Saúde Bucal da estrutura direta do MS, com um aporte substancial de recursos. A principal atividade realizada foi o início da implementação do PRECAD (ZANETTI, 1996).

Este Programa foi instituído pela Portaria nº 13/89 do Ministério da Saúde, com o objetivo inicial de reduzir à metade os índices obtidos na época, de doença em crianças e adolescentes no prazo de dez anos. A nível federal o PRECAD foi coordenado pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, contando com o apoio direto da Fundação SESP, do MEC (FAE) e do INAMPS, e a nível estadual e municipal a coordenação e implementação coube às Secretarias de Saúde com participação e apoio dos Programas de Saúde Escolar das Secretarias de Educação, das entidades de classe e dos organismos governamentais locais. (BRASIL, 1989 a).

O PRECAD compunha-se de cinco subprogramas: 1) Fluoretação de água de consumo público; 2) Uso tópico de fluoretos; 3) Vigilância e controle de produtos preventivos; 4) Formação de recursos humanos; 5) Estudos epidemiológicos e biológicos (idem).

As principais metas gerais e por subprogramas do PRECAD eram: Expansão do acesso à água fluoretada para mais 35 milhões de habitantes (alcançando 85% de cobertura da população urbana em 1993); aplicação tópica semestral de flúor gel (FFA) em 12 milhões de crianças de 6 a 12 anos (80% das crianças em 1993 a um custo de US\$ 0,26 per capita/ano); consolidação do hábito de consumo de dentifrício fluoretado; perenização de ações desenvolvidas pela rede básica dos serviços de saúde bucal; controle da qualidade de produtos com flúor (inclusive das águas); formar planejadores e administradores em saúde bucal; desenvolver novas tecnologias de apoio ao programa (ZANETTI 1994, p. 20).

Tendo em vista a alta prevalência de cárie dental na população brasileira, o programa recomendava o uso de métodos de aplicação tópica de flúor como coadjuvante indispensável da linha preventiva principal que é a fluoretação da água ou como fatores básicos de proteção às comunidades sem acesso a outros métodos. Assim, o uso de flúor tópico (gel flúor-fosfato-acidulado a 1,23%) foi estruturado sob a lógica de campanhas semestrais. Isto foi possível porque as aplicações do gel trouxeram tecnologias inovadoras de utilização do medicamento e de organização da aplicação em grande escala (BRASIL, 1989 b; ZANETTI, 1996).

Essas inovações possibilitaram, com muito menos esforço de execução, esperar os mesmos resultados (em termos de redução da incidência de cáries) obtidos com bochechos semanais ou quinzenais (com fluoreto de sódio a 0,2%) em experimentos controlados. Deixou-se de ser tecnicamente recomendável o polimento coronário prévio (remoção da placa bacteriana da superfície dos dentes) e importou-se a tecnologia do chamado "Método do Carrossel", desenvolvido em 1987 pelo SESC-DF, sob a coordenação do Dr. Sérgio Pereira (ZANETTI 1996).

O Método Carrossel, que inovou utilizando uma metodologia de aplicação tópica de flúor gel (FFA) em massa, já tinha sido testado com êxito em Brasília, onde se fazia 1500 aplicações diárias de flúor gel, quantidade esta que antes não se conseguia cumprir em um ano. A partir daí, a aplicação do gel em escolares de Brasília passou a ser medida de massa com regularidade semestral. O sucesso do método e a facilidade em enfrentar os problemas da rotina escolar (greves, feriados, etc.) sugeriu sua extensão nacional (PEREIRA, 1992 apud ZANETTI, 1996).

Com a sobrevida condicionada ao tempo de ocupação do cargo pelo respectivo formulador do programa, o PRECAD foi esquecido nas ações da nova gerência da DNSB que assumiu em 1990 com o início do Governo Collor (ZANETTI, 1994).

5.3 - PCs: Procedimentos Coletivos

Com a reforma administrativa do Governo Collor no Ministério da Saúde, a Divisão foi rebaixada à condição de Coordenadoria de Saúde Bucal, transferindo-se para o INAMPS. O Coordenador perdeu as vantagens administrativas do *status* funcional anterior, resultando em dificuldades materiais para que tal cargo fosse assumido plenamente. Foi nesta conjuntura que assumiu em 1990 o novo chefe da Coordenadoria de Saúde Bucal, o Dr. Sérgio de Carvalho

Weyne, reconhecido nos meios acadêmicos pelos seus estudos com prevenção (ZANETTI, 1994, ZANETTI 1996).

Sob pressão do Ministro da Saúde, Alcení Guerra, o Coordenador Sérgio Weyne dedicou-se principalmente à tentativa de implementação da proposta moribunda de fluoretação do sal no Brasil através do Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método de Fluoretação do Sal, instituído pela Portaria-MS 1437/90 em 14/12/90, cujo custo estimado era de US\$ 0,20 hab./ano (ZANETTI, 1993).

Segundo ZANETTI, houve forte reação das demais elites técnicas emergentes à brusca mudança na linha histórica das medidas de proteção sanitário-bucal, para responder às demandas sanitárias específicas de reintegração cívica (a fluoretação das águas), principalmente porque provocaram a redução das metas iniciais propostas para a fluoretação do sal no Brasil (o programa que antes era de âmbito nacional foi reduzido a um programa para algumas regiões). Entretanto o financiamento federal para a ampliação e manutenção da fluoretação das águas de abastecimento público foi progressivamente reduzido (1993).

Paradoxalmente, foi na conjuntura politicamente mais conservadora de um governo com o perfil do governo Collor, que o impacto político subsetorial da argumentação técnica contrária à fluoretação do sal, desencadeou todo um movimento embrionário de aproximação da DNSB para com alguns representantes daqueles segmentos das elites técnicas das burocracias setoriais, que anteriormente identificavam-se com o crítico MBRO (nessas alturas já razoavelmente desarticulado). O instrumento utilizado para tanto foi a organização de consultorias que contavam com o apoio financeiro de um convênio do MS com a OPS. O resultado prático desta aproximação foi o desenvolvimento de alguns estudos, bem como a evidência de nenhuma mudança na postura adotada quanto a fluoretação das águas. Entre os estudos destaca-se aquele que possibilitou a redefinição da polêmica forma de financiamento das medidas de saúde bucal com base em ações coletivas, os PCs (ZANETTI, 1994)

Foi em janeiro de 1992, que o então Secretário Nacional de Assistência à Saúde (e também presidente do INAMPS) o médico Ricardo Akel assinou uma portaria alterando, drástica e profundamente, a Tabela de Financiamento dos Serviços Odontológicos do SAI/SUS. Essa portaria que valorizava os eventos clínicos relacionados com a prevenção de doenças e a promoção de saúde – possibilitando uma mudança de filosofia de tratamento na área pública – baseou-se em um estudo desenvolvido na Coordenação Nacional de Saúde Bucal, com a assessoria da ABOPREV (representada pelo Prof. Rui Oppermann) e de uma comissão de dentistas da área de serviços (Djalmo Sanzi – RS, Luiz Paulo Golvêia de Toledo – SP e Sylvio Gevaert – PR). Desta forma, e em linha com uma tentativa de mudança de paradigma, foram introduzidos os Procedimentos Coletivos (PC I, II e III) para os quais arbitrou-se valores que estimulassem o seu emprego. Na mesma portaria, foi autorizado o fornecimento de escovas de dente e dentifrícios com flúor para aqueles que estivessem em atendimento regular nos programas públicos (WEYNE, 1997).

Entende-se por PC, o conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em Saúde Bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados. Estas medidas trimestrais envolvem os seguintes procedimentos: Educação em saúde bucal, escovação dentária e aplicação tópica de flúor gel a 1,23% em escova dental (BRAVIN, 1999).

No que se referia à lógica da desmonopolização do conhecimento sobre saúde bucal, os PCs não romperam com as idéias da FSESP, pois, a assistência na escola pela equipe de odontologia continuava com a postura tipicamente interventiva, sem o envolvimento dos professores na autonomia do processo de saúde bucal. Não integravam a escola como espaço do SUS e não relevavam a importância do professor como um ator social (ZANETTI, 2000).

5.4 - PIA: Programa de Inversão da Atenção

Este Programa surgiu no fim dos anos 80 e início dos anos 90 em Belo Horizonte – MG, a partir de elaborações teóricas estratégicas de um grupo de consultores reunidos na empresa “Estação Saúde (ZANETTI; LIMA et al, 1996, p.32). O PIA nasceu em um contexto de profundas mudanças no setor público de saúde do país. A Constituição de 1988 havia colocado na ordem do dia a busca de formas operativas para as propostas de municipalização e universalização do sistema de saúde. A idéia de municipalização teve seu alicerce na compreensão de que problemas específicos necessitavam de soluções específicas. Assim, a transposição de modelos de atenção entre realidades diferentes, como o ocorrido com o PROESA, estava descartada.

O Programa de Inversão procurou resgatar criticamente aspectos de algumas propostas da Odontologia Social, elementos das teorias da Simplificação e da Odontologia Integral, desvendando e relacionando a essência que unia elementos idênticos e diferentes entre o modelo Tradicional, Incremental, Simplificado e o Preventivismo (idem).

O Princípio básico do P.I.A. era a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o de “controle”, realçando a lógica preventivista. Assim, foram definidas três fases dentro do programa inter-relacionadas e retro-alimentadas por um sistema de informação eficiente. A primeira fase, Estabilização, tinha por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença. E ações individuais de tecnologia invasiva para controle da lesão. A segunda fase compunha a Reabilitação, onde se dava o restabelecimento da estética e função perdidas pelas seqüelas da doença. Numa terceira 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 (WERNECK, 1994)

A Inversão da Atenção caracterizou a finalização da ruptura com o modelo incremental de atenção, iniciada pela Odontologia Integral. Esta última já continha o conceito de crítica ao modelo vigente (Incremental) e mostrava a necessidade de uma abordagem preventivo-promocional no combate às doenças bucais, porém não tinha tecnologia de atenção para desenvolvê-lo. Esta tecnologia só veio com a influência escandinava, que introduziu técnicas e conceitos como: adequação, restaurações atraumáticas, flúor e estudos avançados sobre cariologia. Juntando os conceitos da Odontologia Integral e a Influência Escandinava dentro da Saúde Bucal Coletiva, o processo de Inversão do modelo de atenção se completou (ZANETTI, 2000).

Este modelo de atenção à saúde confirmou seu sucesso em alguns municípios mineiros, dentre os mais significativos, João Monlevade e Timóteo (OLIVEIRA et al, 1999). Com o acúmulo dos méritos pela alta eficácia preventiva e curativa, a Inversão conseguiu fazer com que a

limitada atenção curativa assumisse o caráter preventivo avançado, integralizando cada vez mais a prática clínica.

OLIVEIRA et al, 1999, referem o sucesso do P.I.A., como sendo semelhante ao sucesso que teve o Sistema Incremental durante décadas, ou seja, apresentando-o como um modelo estruturado, com uma matriz organizativa definida, atividades normatizadas, treinamento de recursos humanos, além de uma base teórica sólida, embora seus princípios não constituíssem uma unanimidade. Levando-se em consideração que a imensa maioria dos municípios brasileiros não dispõe de alternativas técnicas para a implementação de sistemas municipais de saúde bucal, a assimilação deste modelo por parte de alguns municípios se constituiu numa alternativa mais confortável e comodista.

Mesmo sendo encarado pelos municípios como um pacote gerencial e produto de mercado, o Programa infelizmente tendeu a não ser potencializador da participação social ampliada e do conseqüente controle social, não avançando a respeito do entendimento mais amplo de promoção. Assim não acumulou êxito em romper com a lógica do coletivo restrito herdado do Incremental, uma vez que a Inversão foi originalmente concebida para ser aplicada a qualquer coletivo, desde que seja restrito (escola, creche, empresa, associação, etc.). Em termos de desafios à promoção local em saúde bucal, a proposta do P.I.A. ficava devendo soluções mais orgânicas e potencializadoras dos processos de politização sanitária historicamente pretendidos e mais ousados em termos de construção de Sistemas Locais de Saúde no Sistema Único de Saúde (ZANETTI, 1996).

A opção de se programar atividades sob a estrutura dos coletivos restritos, mesmo sendo tecnicamente uma opção mais coerente (dadas às facilidades de operacionalização), politicamente ela é muito fraca. No exemplo das escolas, na implementação destas medidas, todo o apelo psico-social inerente à força simbólica da escolha das crianças como população alvo, é reduzido pela interposição da estrutura formal da escola entre os serviços operantes e o público potencialmente capaz de produzir uma repercussão política às medidas públicas. Teoricamente, há maior possibilidade de politização das demandas na execução de programas sem a mediação da estrutura da escola (mesmo sendo este um espaço importante para se trabalhar), num contato mais efetivo entre profissionais da equipe odontológica com os cidadãos politicamente potentes (ZANETTI, 1994).

Partindo desta lógica, houve registros de programação centrada em unidades de saúde antes mesmo de qualquer proposta de Reforma Sanitária no subsetor. Este tipo de programação tornou-se opção na Saúde Bucal Coletiva. Isto se deveu às reformulações ocorridas em função do avanço do processo de construção do SUS. Este movimento de saída das escolas serviu para evidenciar que, se o espaço tradicional das práticas em Saúde Bucal não consegue resistir às movimentações dos novos tempos, menos o conseguem os demais elementos de programação tais como: os mecanismos de garantia de acesso, os instrumentos de programação, a natureza das práticas, a dinâmica de formulação, implementação, execução, controle e avaliação; bem como o próprio processo de programação em Saúde Bucal globalmente considerado (ZANETTI, 1993).

No exemplo desta migração da escola para os centros de saúde, foi que em 1990, na cidade de Santos-SP, a ampliação do acesso aos serviços odontológicos a qualquer cidadão, sem discriminação de faixa etária, possibilitou que os adultos também tivessem o direito aos

cuidados odontológicos, provocando a remoção de profissionais CDs que atuavam em escolas e entidades para as Policlínicas dos Centros de Saúde. Neste momento, houve um grande investimento na recuperação física da rede, com a instalação de novos consultórios e a introdução de equipamentos (Idem).

A inserção da odontologia nas policlínicas não se fez sem traumas. No momento da mudança, alguns profissionais tentaram mobilizar a comunidade de algumas escolas e entidades para inviabilizar tal processo. Entretanto, o impacto desses serviços antes realizados em escolas e entidades era tão precário que a transferência de profissionais se concretizou (idem).

6 - Adequação da Odontologia ao SUS

Tomando em consideração a história da odontologia no Brasil, uma corrente materialista surgiu, através da aglutinação das lideranças de esquerda da área da saúde, dando forma e conteúdo pela Reforma Sanitária, ao Sistema Único de Saúde, nos termos legais e constitucionais conhecidos. Como tal, também existe a formulação ou construção de um modelo, uma forma distinta de organização da prática odontológica: a prática da saúde bucal coletiva que se apresenta na luta dos espaços políticos que o sistema dominante permite, fazendo-se representar de diversas formas e conteúdos, que sintetizam uma prática de (CORDON, 1991, p.17).

Até então o setor de saúde bucal era caracterizado pela “atenção predominante aos escolares do primeiro grau (Sistema Incremental), pelo atendimento das urgências em adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e pela inexistência de uma integração com os demais setores. O planejamento se restringia ao caráter normativo, repetindo por quatro décadas basicamente o mesmo programa. Este programa logrou apenas alguns avanços quanto aos aspectos administrativos e organizacionais e não alcançou impacto significativo frente ao quadro epidemiológico da população” (WERNECK, 1996, p. 22).

‘Dos cuidados obsessivos com o resultado das doenças - cavidades cariadas e bolsas periodontais evoluímos para os cuidados com a saúde e como mantê-la’ (WEYNE, 1997, p 20).

Assim sendo, estima-se que existe uma práxis social orgânica à construção de um modelo de saúde caracterizado pela universalidade, a equidade e a integralidade da atenção em saúde bucal, onde os agentes utilizam o método científico para conhecer estruturalmente as características epidemiológicas em que se dão os processos de saúde-doença bucal. Um modelo que define as políticas de saúde bucal com afazeres concretos, para resolver os problemas bucais integralmente. Significa intervir positivamente para a população total, hierarquizada e descentralizadamente (rede única de serviços onde os agentes de saúde bucal se inserem de forma crescente em complexidade de referência e acompanhamento à saúde), considerando todos os espaços sociais e seus respectivos movimentos. Isto para que a ênfase coletiva possa ser promovida numa qualidade de saúde bucal desejada pela sociedade, com prioridade para as necessidades dos seus problemas mais abrangentes e a parte educadora esteja em todos seus momentos ou processos (CORDÓN, 1991, p. 15).

Na década de 90 teve-se a Saúde Bucal Coletiva, que é a Odontologia Integral politizada e exposta às exigências do SUS. Com ela veio outro grande colaborador para a expansão da atenção básica odontológica aos Centros de Saúde que foi o “Programa da Inversão”. O modelo de atenção da inversão é autônomo, dessa forma se adequando à proposta da transição da atenção para as Unidades de Saúde. O Programa conseguiu, de certa forma mostrar a limitação do espaço da escola, uma vez que ele preconizava a ênfase da atenção nas práticas preventivas. A situação existente até então, não possibilitava a participação social ampliada e conseqüente controle social (ALENCAR, et al, 1997, p. 16).

Daí a importância da inserção da odontologia no SUS, como uma transformação de uma prática, que levava novos conceitos, conteúdos e formas de organização, criando novos vínculos entre os sujeitos históricos que entraram como atores sociais no SUS (trabalhadores da saúde, diretores, acadêmicos e a população) todos em igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade total (CORDÓN, 1991, p. 17).

Apesar do Programa da Inversão, o maior estimulador à mudança da atenção básica odontológica das escolas para os Centros de Saúde foi a expansão do SUS que, em todo o País, aumentou a oferta básica nas secretarias municipais. Além do mais não era interessante a prefeitura manter a atenção odontológica nas escolas estaduais, uma vez que o SUS municipalizou a saúde (ZANETTI, 2000).

Considerando a diversidade dos processos históricos dos municípios brasileiros em relação à construção do SUS, é claro que alguns representam maior desenvolvimento do que outros. Os de maior sucesso têm realizado avanços em campos específicos seja do SUS local ou em diferentes estruturas hierárquicas, que outros não tem conseguido, o que cria um mosaico de processos em andamento (CORDÓN, 1991, p.19).

De forma geral, as primeiras contratações de dentistas pelas prefeituras municipais (municipalização da saúde), ocorreu no ano de 1990, juntamente com a normatização do SUS. Em algumas poucas cidades, a transição da atenção odontológica para os Centros de Saúde, havia começado bem antes, em fins da década de 70, não motivada pelo processo da Inversão e sim por uma necessidade das prefeituras em oferecer atenção às gestantes e pré escolares (ALENCAR, et al, 1997 p. 13).

Um exemplo específico foi o que aconteceu a cidade de São Paulo, que, ainda hoje, tem a saúde bucal gerida pelo estado e pelo município. O processo de adesão ao SUS em São Paulo foi precoce, uma vez que já em 1979 o município implantou um programa materno infantil, onde o atendimento era direcionado aos pré escolares e gestantes.

A cobertura aos escolares era responsabilidade da Secretaria de Educação, que para isso possuía o Departamento de Assistência ao Escolar (DAE). Entretanto, como o atendimento nas escolas tinha baixa cobertura, a atenção aos escolares acabou se estendendo aos Centros de Saúde. Em 1985, São Paulo implantou também o atendimento programado aos adultos, que ocupava 30% das vagas oferecidas.

Com a instalação, do SUDS, o DAE foi transferido para a Secretaria de Estado da Saúde, mudando sua denominação para Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde

do Escolar - CADASE. Os consultórios odontológicos existentes nas escolas estaduais ficaram sob responsabilidade da unidade de saúde mais próxima e os dentistas foram lotados para essas unidades. Porém continuando a prestação de serviços nas unidades escolares, para que estas, paulatinamente fossem desativadas. Dessa forma ocorreram inúmeros conflitos, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte das unidades de saúde, que não tomaram para si a responsabilidade pela saúde do escolar de forma satisfatória.

Enquanto os problemas estavam sendo superados, houve uma mudança do governo de Paulo Maluf para Celso Pitta e a implantação do PAS sofreu um retrocesso. Alguns dentistas voltaram para as escolas, os PCs deixaram de existir nas escolas, creches e escolas de educação infantil.

Por volta de 1990, o Departamento de Saúde do Escolar foi desativado e os recursos físicos humanos voltaram a ser responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde na gestão Luiza Erundina. Na rede estadual, a prioridade para o atendimento era a faixa do escolar, pré-escolar e gestante.

A partir de 1996 foi implantado o atendimento programado aos adultos, devendo as unidades reservar um percentual de vagas para essa finalidade, além do grupo dos idosos. Nas unidades de saúde incluídas no programa de saúde da família (projeto Qualis/ PSF), ocorria o atendimento às famílias cadastradas.

No Estado ainda existem consultórios nas escolas, mas em números reduzidos. Além disso, há a orientação para que 20% das horas dos dentistas lotados nas unidades básicas de saúde sejam destinadas para os PCs e a retaguarda curativa seja referenciada às unidades de saúde.

Os municípios do Estado de São Paulo, já em 1979, pensavam trazer para si a responsabilidade da atenção básica odontológica da população, fazendo um atendimento programado, referenciando o escolar para as unidades de saúde.

O retrocesso na implantação do PAS desorganizou e retardou o processo de municipalização, que ainda não aconteceu. Numa mesma unidade de saúde existem dentistas trabalhando lado a lado, sendo que um é empregado do Estado e o outro do município. Portanto, nessa nova gestão, da prefeita Marta Suplicy, no tangente à saúde, há muito que se reordenar, na cidade de São Paulo.

Outra cidade que teve sua programação centrada nas unidades básicas de Saúde antes mesmo da proposta da Reforma Sanitária foi Brasília, que no início dos 80 teve que contratar dentistas para lotar o centro de saúde e expandir a oferta, para atender às gestantes e ao materno-infantil.

O atendimento aos escolares já era suprido pela secretaria da educação, que mantinha os dentistas na escola. Com a necessidade do aumento da oferta para o atendimento odontológico, a Secretaria da Saúde-Fundação Hospitalar, se viu na necessidade de contratar dentistas. Como no DF, não existiam escolas municipais, mas somente estaduais, mais uma vez houve competição entre as duas secretarias e os dentistas contratados pela Fundação foram trabalhar nas unidades básicas de saúde. Então, no DF, o que estimulou a oferta dos

dentistas nos centros de saúde foi a competição entre as secretarias, uma vez que a Secretaria de Saúde não tinha escolas para colocar a equipe odontológica.

A cidade de Belo Horizonte também está entre as cidades que tiveram atendimento odontológico nos centros de saúde antes da implantação do SUS. Foi em 1953, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde – DAS, que surgiu o primeiro serviço odontológico, que se restringiu quase que só ao atendimento de urgências e emergências nos Postos de Saúde, não existindo, na época, nenhum modelo assistencial definido. Apesar dos registros de atendimento serem escassos, pode-se relatar atendimentos em grupos escolares, em Postos de Saúde. Havia serviço especializado em cirurgia, ortodontia, radiologia e dentística operatória no Dispensário Médico escolar, ambos pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde (WERNECK, 1993, p. 129).

Em 1967 foi criada a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, onde ficou alocado o DAS. Em 1968 surgiu a atenção odontológica aos grupos escolares, tomando como base o Sistema Incremental do Tipo Aimorés. Este programa foi desenvolvido em dez Grupos escolares pertencentes à PBH e nas dependências do então Hospital Municipal (idem).

Em 1976, a Secretaria Municipal de Saúde criou um serviço de atenção secundária nas áreas de endodontia e radiologia para funcionar como referência para o Sistema Incremental desenvolvido nas escolas. A Secretaria criou, também, outro serviço de atenção secundária em cirurgia, que atendia através de um módulo ambulante que percorria diversas regiões da cidade, notadamente as mais distantes. Neste período, então, existia o atendimento odontológico tanto nas Unidades de Saúde quanto nas Escolas Municipais, ainda sem um modelo assistencial definido. O atendimento nas unidades de Saúde era, basicamente extrações e drenagens de abscessos, sem nenhum agendamento (idem).

Portanto, pode-se concluir que, em algumas raras cidades, a odontologia nos centros de saúde se iniciou em 79/80 para atender materno-infantil e gestante. Depois, com o processo de municipalização, as AIS (em 84), o SUDS (em 86), algumas prefeituras começam a criar centros de saúde e contratar dentistas. A partir de 1990, com a lei orgânica do SUS, a odontologia nos centros de saúde se expandiu por todo o país.

De uma maneira geral, o grande precursor da mudança da odontologia para os centros de saúde foi a normatização do SUS. Esta época foi marcada por várias transformações em relação à saúde bucal coletiva. Primeiramente houve uma ruptura política. Outra ruptura foi com o antigo modelo de atenção, o Incremental, que começou com a Odontologia Integral e se completou no programa da Inversão. Abandonou-se a idéia do agir sobre o incremento inicialmente (curativo) e priorizou-se a adequação (preventivo) para só depois fazer restauração.

Teoricamente, a ruptura do modelo de atenção levou a uma ruptura programática, iniciada pelo programa de Inversão e finalizada pelo Programa Saúde da Família. Mas na prática essa ruptura programática não se deu de forma completa em todos os municípios. Até hoje não há registros de que a transição da odontologia para os centros de Saúde, na visão programática, se deu de forma completa. Daí pode-se discorrer sobre três novos conceitos sobre a mudança da programação na saúde bucal: transição programática completa, incompleta e acumulação.

6.1 - Transição Programática Completa, Incompleta e Acumulação

Para essa mudança do sistema de saúde não houve direção política nem orientação aos municípios de como se comportar nesta transição programática. Por isso muitos municípios apresentam uma “transição programática incompleta”, ou seja, a retaguarda curativa é transferida toda para o Centro de Saúde, mas o sistema de referência e contra referência para o atendimento do escolar é desorganizado e ineficaz. O atendimento é não programático ou um programático deficiente, apenas encaminhando o escolar às unidades saúde. Além do mais, há uma incompleta relação às outras populações alvo programático: adultos, gestantes que recebem um atendimento de livre demanda, sem programação e sem acompanhamento. Portanto, no caso desses municípios, nem tudo se deu preservando a responsabilidade e a organização programática no que diz respeito ao acesso e/ou boa parte abandonou por completo a toda e qualquer programação (ZANETTI, 2000).

Para o conceito de Acumulação Programática Incompleta, pode-se dizer que ocorre quando o município mantém parte da atenção curativa nas escolas, não transitando totalmente para os Centros de Saúde (Idem).

Nos municípios onde houve o avanço da retaguarda curativa para as Unidades de Saúde e o atendimento se deu de forma programada, com um sistema de referência e contra referência eficaz, pode-se dizer que existiu uma Transição Programática Completa. Ainda em alguns lugares ocorreu uma Transição Programática Incompleta, enquanto em outros uma Acumulação Programática Incompleta.

6.2 - As bebê-clínicas

Odontologia para bebês é o atendimento odontológico realizado em bebês a partir de seu nascimento, com a finalidade de manter a saúde bucal, dentro de uma filosofia e tratamento educativo preventivo. Segundo estudos da UNESP – Araçatuba, a chance de um bebê apresentar cárie no primeiro ano de vida é de 4,5%, sendo que no segundo ano essa porcentagem aumenta para 28%. A partir do terceiro ano quando a criança já possui cerca de vinte dentes decíduos, essa possibilidade sobe para 45%. Se o bebê for submetido a atendimento precoce, ao atingir os três anos de idade terá 10 vezes menos chance de sofrer problemas com cáries alcançando um nível de prevenção de aproximadamente 95% (Dental Special).

O atendimento odontológico ao bebê teve início na Universidade Estadual de Londrina, sob a coordenação do Prof. Luis Walter, em 1983. Atuou como centro de referência nacional, sendo de extrema importância para a mudança do perfil da saúde bucal no Brasil à medida que essa ideia se expande (NASCIUTTI, 1996, p. 28). Como consequência destas mudanças, o índice de cárie no 1º ano, que ao início das atividades era de 12%, caiu para 3,2%, o que evidencia a importância desta atenção precoce.

A Universidade, na época, era estimulada pelo financiamento da FINEP-Financiadora de Estudos e Projetos, órgão que contava com a participação do Prof. Roberval de Almeida Cruz. No início da experiência, a maioria dos responsáveis buscava o atendimento curativo que, gradualmente, foi sendo modificado e, após cinco anos de trabalho, constatou-se que a grande maioria dos responsáveis procurava a clínica de bebês, não mais para tratamento, e

sim para aconselhamento a respeito de medidas para a atuação preventiva, visando os aspectos preventivos.

A odontologia para bebês mostra resultados altamente significativos na prevenção da doença cárie, como também vem desenvolvendo métodos e técnicas de tratamentos em crianças de pequena idade. Mas a sua principal contribuição é no sentido de mostrar que manter a saúde bucal é um direito de cidadania, que a população entende isso, e que é possível fazê-lo.

Para o tratamento educativo preventivo, o custo é extremamente baixo: trabalha-se com pessoal auxiliar (ACD e THD), e o tempo distendido no atendimento é bem menor, possibilitando cobertura a um maior número de crianças. Ao chegar a idade escolar, haverá menor necessidade de atividades curativas.

Durante o tratamento, os bebês ficam confortavelmente deitados em macris e pacotes pediátricos idealizados pelo Prof. Luiz Walter. É um dispositivo odontológico semelhante a uma maca, destinado a manter o bebê relativamente imóvel, durante a realização do ato odontológico. Tem um formato retangular, e dimensão de 35x25cm. Dentro desta armação de ferro, existe um pacote confeccionado em tecido macio, preso à armação por dispositivos seguros. O macri conta com um suporte do tipo cavalete, que mede 75x80 cm de altura, com encaixes de fixação que evitam o seu deslocamento (NASCIUTTI, 1996 p.30).

6.2.1 - Resumo histórico das bebê-clínicas

1983/84: Elaboração do Projeto Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida. Carta consulta enviada a FINEP.

1985: Aprovação do Projeto pela FINEP - Projeto Nº 43.85.0053.00. Plano de Atendimento Odontológico no Primeiro Ano de Vida.

1986: Em 12 de março ocorreu a inauguração oficial da Bebê-Clínica com objeto de mudanças conceituais da época, através da conscientização da população para o atendimento precoce, processo que resultou no conceito atual de atenção precoce e manutenção da saúde bucal

1987: Informatização da Bebê Clínica e renovação do Projeto com o título: Clínica Odontológica para Bebês. Projeto Nº 42.87.0827.00 - FINEP.

1988: Instituição do estágio para formação de profissionais.

1990: Encerramento da fase experimental e início da institucionalização da Bebê-Clínica.

1992: Institucionalização do estágio para alunos do último ano de graduação.

1993: Instalação do grupo de pesquisa CNPq/Uel/BEBÊ-CLÍNICA. Reconhecimento da Odontologia para Bebês como um direito de cidadania, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília – DF.

1995: Criação do Núcleo de Odontologia para Bebês e transferência das instalações para a Cidade da Criança, através do convênio de cooperação entre Universidade Estadual de Londrina e Prefeitura do Município.

Passo a passo a Bebê-Clínica foi vencendo etapas.

6.2.2 - Temas desenvolvidos na bebê-clínica

a) Estudo das Relações Paciente/Ambiente: Relaciona as técnicas de abordagem e o desenvolvimento da criança nos primeiros 2 anos de vida.

- b) **Desenvolvimento da Dentadura Decídua e sua Análise:** Analisa a oclusão decídua e apresenta os valores normais e uma proposta de análise da dentadura decídua sob a visão integral.
- c) **Necessidades Odontológicas Congênitas e de Desenvolvimento:** Descreve as alterações mais freqüentes, entre elas os dentes Natais e Neonatais, assim como nos nódulos, pérolas e cistos da cavidade bucal do recém-nato e lactante.
- d) **Educação Odontológica; Necessidades Educativas:** Enfoca a base da odontologia moderna que é a educação, principalmente destinada ao binômio Mãe/Mulher.
- e) **Cárie Dentária:** Aspectos etiológicos, prevalência, tipos e controle.
- f) **Dieta Cárie na Primeira Infância;** Uma análise mais aprofundada da relação dieta e cárie.
- g) **Doenças da Boca e Manifestações Bucais de Doenças Gerais; Conduta e Terapia:** Descreve as doenças dentro de uma classificação etiológica: viróticas, bacterianas, fúngicas, enfermidades carenciais e mistas.
- h) **Traumatismo Dentário na Dentadura Decídua:** O que fazer frente a um traumatismo em dentes anteriores de lactantes e infantes; a avaliação de terapêuticos utilizados na Bebê Clínica UEL / FINEP.
- i) **Radiologia Aplicada à Primeira Infância:** Indicações e usos das técnicas específicas, sem as quais, seria impossível realizar exames radiológicos em bebês.
- j) **Tratamento Curativo:** Analisa os métodos de controle e tratamento precoce e as suas prioridades.
- l) **Condutas Clínicas: Educativas e Preventivas:** A prática da odontologia para bebês no enfoque Educativo/preventivo precoce.
- m) **Condições que Interferem na Atenção à Criança:** O que fazer para controlar a dor, noções de sedação, manejo de crianças com possibilidade de risco de endocardite bacteriana subaguda (AONP).

Inúmeros estagiários têm, nestes últimos anos, colhido a experiência da equipe de Londrina, transferindo-a para diferentes locais de trabalho, multiplicando recursos humanos e materiais, em benefício da saúde bucal das crianças de vários países.

No ano de 1987, o município de Cambé (PR), foi o primeiro a implantar o atendimento odontológico a bebês na rede de saúde pública. No mesmo ano a Companhia Siderúrgica Nacional de Volta Redonda (RJ), foi a primeira a prestar o serviço externamente, para os filhos dos funcionários. Nos anos seguintes, por todo o Brasil, Prefeituras e Universidades implantaram o modelo do Paraná.

A Odontologia de Bebês é a Odontologia com enorme progressão para o futuro. É a prática da Odontologia precoce com participação dos pais para a realização de uma Odontologia cooparticipativa e solidária, ao contrário da Odontologia convencional que é individualista e solitária (ENASTEPO 2000, p, 8). Objetiva, ainda, o desenvolvimento de técnicas de acompanhamento até os 30 meses de idade quando a criança deverá estar apta, física e emocionalmente, para ser absorvida pelos sistemas convencionais de tratamentos odontológicos.

Na II Conferencia Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, houve orientação para que fossem adotadas importantes medidas: estender os métodos elaborados nas bebê-clínicas para os centros de saúde comunitários; treinar pessoal leigo para a execução das tarefas educativas e preventivas. Objetivos satisfatoriamente cumpridos.

Na atualidade, a Bebê-Clínica contabiliza um gratificante saldo: o programa de atenção precoce, objetivando a manutenção da saúde bucal na faixa etária de zero a trinta meses através da atenção educativa direcionada aos pais. O que gerou a prevenção nos filhos e do tratamento das necessidades congênitas, de desenvolvimento e adquiridas realizado diretamente nos bebês.

Os resultados apresentados foram altamente positivos, bastando citar que a média geral de manutenção de saúde bucal é de 85,7%. Os valores variam de 100% (quando o acompanhamento é iniciado no primeiro ano de vida e baixo risco, não importando o tempo de acompanhamento) a 61,5% (em todos os bebês que iniciam após os 12 meses de idade e não apresentam reversão de risco, ao longo de dois anos de acompanhamento) enfatiza o Dr. Luiz Walter.

6.3 - Programa Cárie Zero em Brasília-DF

Vale destacar que há muito tempo os centros de saúde são os locais de atendimento curativo à criança. Com o programa “Cárie zero” passou a ser também local de atendimento preventivo-promocional (LIMA et al, 1996).

Foi estruturado em 1991, por uma equipe de profissionais coordenados pelo CD Dr: Osdyr Brasileiro de Matos e visava dar assistência às crianças de 0 a 6 anos, privilegiando ações de caráter educativo e preventivo sobre as de natureza cirúrgico-restauradora.

Este programa tinha como objetivo reverter o grave quadro epidemiológico das doenças bucais entre 1991 até 2004 e para isso contava com água fluoretada para 85% dos domicílios, uma unidade interinstitucional para as atividades educativo-preventivas, facilidade de acesso da população ao serviço, uma rede de serviços estratificada, regionalizada e descentralizada, a aceitação popular, o interesse da instituição em resolver as doenças bucais, dentre outros fatores. (ALENCAR et al, 1997, p.21).

O projeto foi entregue em agosto de 1991, tendo como coordenador técnico o Dr. Sergio Pereira, além do Dr. Osdyr Brasileiro Matos como coordenador geral. A princípio, a metodologia básica era a educação em saúde, universalizada e em todos os níveis, programas e instituições, envolvendo todas as esferas do conhecimento, atitudes, hábitos destrezas e práticas para o controle dos condicionantes ambientais, biológicos e sociais. Essa universalização seria enfatizada às gestantes, nutricionistas, monitoras de creches, mães e professores, lideranças comunitárias, profissionais da Saúde e do Serviço Social.

No entanto, segundo ALENCAR, para a captação do público alvo o programa se utilizava dos participantes do Programa de Crescimento e Desenvolvimento e do Programa de Vacinação, o que somava um ponto negativo no que diz respeito ao princípio da Universalização do acesso, abrangendo somente as crianças que estavam na área dos Centros de Saúde (1997, p. 22.).

A rotina de atenção era composta por palestras em grupo, orientação individual, exames bucais, avaliação da higiene oral, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

No documento oficial do projeto, o segundo passo, após a educação em saúde, baseava-se na prevenção através do controle da presença de cárie. Observava-se a frequência e concentração

das substâncias fluoretadas como fatores imprescindíveis para evitar a instalação e desenvolvimento da doença. A terceira fase, a mais onerosa e mais complexa do projeto constava do tratamento e reabilitação.

As ações desse programa eram divididas por faixas etárias: a primeira consulta deveria ser realizada entre 0 a 6 meses, onde o responsável era orientado sobre higiene oral, hábitos alimentares e orientação sobre as doenças bucais. O CD fazia o exame clínico do bebê no consultório ou na sala da criança.

A segunda consulta visava as crianças de 7 a 13 meses, onde novamente os profissionais faziam palestras e respondiam perguntas, analisando individualmente a maneira que a mãe ou responsável fazia a higienização. Conscientizava-se as mães sobre o controle da placa. Se fosse detectada mancha branca, marcava-se sessões de fluoroterapia e se o paciente fosse de alto risco de cárie, marcava-se retorno após quatro meses.

Já a terceira consulta era feita entre 14 e 24 meses, quando os dentes já erupcionaram em sua maioria. Nesta fase, a orientação se concentrava no acúmulo de placa, avaliação do risco de cárie através do exame clínico e anamnese. A partir daí o retorno era agendado, individualmente, segundo a necessidade de tratamento de cada um.

Apesar de cada Centro de Saúde ter recebido um manual de sistematização da atenção do programa com as diretrizes a serem seguidas, cada Regional e Centro de Saúde foi desenvolvendo suas atividades fazendo adaptações à sua realidade local, o que comprometeu a avaliação e o controle, impossibilitando a análise da efetividade do programa. Por estas e outras razões, foram feitas reformulações como a mudança do nome de Programa Cárie Zero para Atenção de 0 a 5. Houve também alteração de postura no intuito de desmonopolizar o saber, ampliando as ações do programa a uma equipe multidisciplinar e repartindo assim a responsabilidade do CD. O objetivo dessas reformulações era a integração das ações de saúde bucal às ações de saúde geral, e para isso se estabeleceram várias estratégias, dentre elas: o contato com as coordenadoras do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança PAINSC- (ALENCAR et al, 1997).

6.4 - Programa de Saúde Bucal para crianças pré-escolares em Araraquara

O Programa surgiu no segundo semestre de 1985, resultante da integração entre a Faculdade de Odontologia da UNESP e o Departamento de Saúde e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Araraquara. As crianças participantes tinham de 3 a 6 anos e eram matriculadas nos 3 Centros de Educação e Recreação do Município-CER (VASCONCELOS et al, 1988 p. 191).

Inicialmente, na fase preventiva deste programa constava apenas a ingestão da água de abastecimento fluoretada (Idem, p. 194).

O primeiro grupo a receber tratamento restaurador foi o de crianças com 6 anos de idade, visando particularmente a proteção do primeiro molar permanente, evitando a evolução da doença no dente já com experiência de cárie. Em 1985, das 335 crianças com seis anos de idade, uma em cada duas possuía experiência de cárie em dente permanente (Idem).

6.5 - Programa do Bebê em Goiânia

O Programa odontológico do Bebê foi implantado em 1996 pela Secretaria Municipal de Saúde, na gestão do prefeito Darci Arcossi. O secretário de saúde Déo Costa, teve como coordenadora a odontopediatra Lilaine Pereira Nogueira Alves. A princípio, funcionou no Centro de Saúde do Setor Rodoviário. Teve como objetivo promover a saúde bucal em bebês de 0 a 30 meses. A meta era o tratamento preventivo com a educação das gestantes quanto ao controle da dieta e da higienização adequada, sendo que a equipe odontológica era composta por um CD, dois THD's e um ACD, por período (NASCIUTTI, 1996 p. 32).

O programa incluiu palestras educativas dirigidas às gestantes que faziam acompanhamento pré-natal na unidade. Ao participarem das palestras educativas, as gestantes recebiam o atendimento odontológico curativo de acordo com as suas necessidades, num trabalho conjunto com as equipes médicas, de enfermagem e de nutricionistas (idem).

O acompanhamento do bebê se baseava na anamnese que continha os dados relacionados ao estado geral de saúde da criança. Constatou-se se alto consumo de carboidratos, ausência de hábitos precoce de higienização e hábito de amamentação noturna. As crianças foram classificadas em risco de cárie: alto, médio ou baixo (idem, ibidem).

Para os bebês que se encaixavam em alto risco de cárie, o retorno era em 30 dias; médio risco, em 45 dias e baixo risco retorno em 60 dias. Passados os 30 meses, a criança já estava com a dentição decídua completa e passava a ser acompanhada por outro programa. Porém a cobertura do programa se revelou muito pequena, possuindo somente uma unidade para esse tipo de atenção, dificultando o acesso da população das periferias ao serviço.

6.6 - Programa de Atendimento ao Bebê de Cubatão

Nos anos de 1995 e 1996 foram realizados levantamentos epidemiológicos cujos resultados apontaram para um alto índice de cárie dentária nas crianças a partir de 3 anos, indicando a necessidade de atuação precoce. Assim, em 1997, foi implantado o Programa de Atendimento Odontológico, apoiado na experiência desenvolvida pela Universidade Estadual de Londrina.

Este programa ofereceu cobertura a 400 crianças de 4 meses a 3 anos, sendo que ao atingir essa idade passavam a integrar o Programa de Educação e Prevenção em Saúde Bucal (PREVEN-TÃO) direcionado às crianças de pré-escolas até a oitava série do ensino fundamental.

A bebê-clínica de Cubatão é uma unidade modular que permanece uma semana em cada creche. Durante este período são realizadas palestras com as mães, agendamento para orientação individual, aprendizado de higienização bucal e aplicação tópica de flúor a diária.

O flúor é fornecido pela prefeitura para ser aplicado pelas mães todas as noites. Paralelamente, são realizados exames clínicos, higienização e aplicação tópica de flúor a na própria clínica. As pajens também recebem treinamento para assumirem a responsabilidade da higienização bucal durante a permanência das crianças nas creches (ENATESPO 2000, p. 9).

6.7 - Prevenção bucal nas creches municipais de Foz do Iguaçu

De agosto/98 a abril/99, a Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu através do Departamento de Odontologia, procurou estabelecer um programa de prevenção bucal que atingisse crianças de 0 a 6 anos de idade das creches municipais.

O programa consistia na execução de higiene bucal em crianças de 0 a 6 anos. A primeira etapa para a implantação do programa foi um treinamento direcionado às atendentes das creches, a fim de capacitá-las para a execução de tarefas, tais como: correta escovação dentária, manipulação e aplicação do flúor, higiene bucal do bebê, provendo-as de informações relativas aos benefícios em que esses cuidados podem proporcionar a essas crianças.

Na segunda etapa, todas as creches foram visitadas uma a uma para receberem os **kits** de higiene bucal e também para um reforço nas orientações visando à correta implantação do programa. Essas creches vem sendo supervisionadas mensalmente por Cirurgiões-Dentistas e THDs da rede. A terceira etapa visou o engajamento dos pais, ampliando o Programa para dentro de suas casas. Foram atingidas cerca de 2400 crianças, que apresentaram consideráveis melhoras nas suas condições bucais.

6.8 - Considerações sobre a implementação dos serviços para a Saúde Bucal

Reconstruir ou reformar uma estrutura sanitária ou um modelo de serviço não é tarefa fácil em qualquer espaço político-social, especialmente no Brasil, onde o Estado permanece voltado para o passado, intervencionista incompetente de gerir os espaços que têm sido ocupados na iniciativa privada e que em seu seio abriga um corporativismo funcional ainda mais forte na área da saúde.

O Estado convive com horizontes de desenvolvimento econômico cada vez mais estreito, por uma globalização do mercado onde falta desempenho porque não existe motivação política e social, tanto dos dirigentes, quanto dos trabalhadores da saúde, porque é incompetente em recompor um corpo de técnicos capazes de avaliar e atuar estrategicamente na consecução de recursos e mais do que isso, não tem base social que apóie as propostas, por melhores preparadas que sejam (CORDÓN, 1991 p.21).

Assim sendo, o parágrafo anterior constitui um grande desafio porque envolve uma transformação, das formas organizacionais (organização das práticas de saúde bucal) e por tanto passar do modelo assistencial, paternalista e viciado, para um modelo de atenção à saúde, com co-responsabilidade. Isto é, participante democraticamente, saindo de uma mentalidade burocrata, corporativa de práticas odontológicas enraizadas por muitos anos e reproduzidas nas Faculdades de Odontologia. Existe a tecno-burocracia demagógica, paternalista, egoísta, oportunista e personalista que vêm usufruindo um poder formal sem ter poder real, e por tanto, no final, reproduzindo o modo ou estilo de viver, consumista, injusto, monopolista, individualista,biologista e mercantilista.

É possível realizar mudanças gradativas e continuadas, com decisão política e, sobretudo com apoio popular, estabelecendo novos vínculos ou relações entre governo, centro de saúde, estrutura sanitária e sociedade, sem escravizar, mas abrindo os maiores espaços sociais que possam ser fonte de energia para conseguir resultados ou mudanças qualitativas, mensuráveis e conhecidas da própria população, para que as faça próprias. E que sua representação das atuais relações mude para uma referência mais positiva do trabalho que se faz em Saúde Bucal Coletiva. Isto que está sendo realizado e está dando certo, é um caminho que requer,

sobretudo humildade e capacitação política dos dirigentes para compreender o espaço social em que se trabalha como uma totalidade social, contraditória, porém única (CÓRDÓN, 1991, p. 21).

Portanto o privilegiamento do espaço da unidade básica de saúde é o primeiro passo para se chegar a um modelo assistencial satisfatório (ZANETTI, 2000). A proposta da criação do Centro de saúde surgiu num esforço de planejar e programar uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde, unificando as ações sanitárias em unidades locais. Para tal utilizou-se do modelo americano dos chamados Centros Comunitários de Saúde. Visava a centralização dos vários elementos ambulatoriais ou dispensários autônomos voltados para doença específica, em unidades básicas de nível local. Outro aspecto de fundamental importância na proposta dos Centros de Saúde foi o princípio programático de que a prática dos serviços só podia ocorrer a partir de uma integração e de uma aproximação com a clientela em potencial. Partiu-se do pressuposto de que o sucesso dependia da confiança da comunidade (BODSTEIN, 1989, p.71-72).

O Centro de Saúde foi definido, neste contexto, como um local irradiador de influência sobre a saúde e melhoria social em geral, visando divulgar normas e saberes sobre a maneira correta de se conservar a saúde. Numa perspectiva programática, o centro de saúde tem a possibilidade de trabalhar saúde bucal articulada às demais demandas assistenciais existentes na unidade, garantindo a chance de adequação ao SUS (ZANETTI, 2000).

O principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em saúde bucal coletiva constitui saber que o dentista só, não pode resolver os problemas. Problemas estes que requerem uma equipe de saúde bucal integrada à equipe de saúde do SUS. É esta a primeira estratégia a desenvolver pelos trabalhadores da saúde (CORDÓN, 1991, p. 23).

As vantagens dos centros de saúde são as de estar dentro das normas do SUS, trabalhando onze meses por ano e não oito a nove meses, como nas escolas, além de estar sob a chefia de um profissional de saúde e não da diretora da escola. Possui uma equipe de saúde multidisciplinar, possibilitando uma interação do profissional da saúde bucal com as outras áreas. O centro de saúde atende a toda a população e não somente escolares, e é fiscalizado por um conselho gestor (ZANETTI, 2000).

Todas essas vantagens permitem o surgimento de um processo sustentável de formação e expansão de uma rede básica de atenção à saúde bucal. Sendo importante para o dentista conquistar a unidade básica de saúde, concretizando o atendimento odontológico como rede básica. A Odontologia deve deixar de ser vista como atendimento especializado. Para que isto seja possível, precisa-se expandir a rede básica em quantidade, o que vem sendo feito com base nas estratégias do PSF. Nesta nova visão os novos dentistas são contratados, devido ao interesse dos municípios nos incentivos federais e estaduais para a implementação do projeto, fazendo valer os conceitos de unidade básica de saúde (ZANETTI, 2000).

Mesmo sabendo que a questão saúde é muito mais complexa, não se limitando somente pela dimensão assistencial, ela compreende um direito mínimo de cidadania ficando a cargo do poder público a garantia do acesso da população. Neste sentido a reivindicação pelo controle e participação na gestão dos processos de saúde pela população cresce a cada dia. Como exemplo pode-se citar os conselhos municipais de saúde, com representantes do povo e/ ou os

orçamentos participativos, criados em alguns municípios. Trata-se de garantir a presença do Estado e dos interesses públicos assegurando um padrão de saúde e cidadania à população. Para tal há que se lutar contra as tendências de se privatizar a função pública, resgatando o entendimento e o sentido do “público” (BODSTEIN, 1989, p 88).

7 - Intersetorialidade

A intersectorialidade é uma ação articulada entre dois ou mais setores de administração pública, para provimento de um bem público. Ela é um elemento da programação da atenção em Saúde Bucal Coletiva. Desde seu início, exatamente há 50 anos, é introduzida pelo SESP. Já nesta época se introduzia a atenção preventiva com rotinas realizadas não nos espaços tradicionais das clínicas, mas nas escolas e atingindo toda a cidade. Nas escolas com a aplicação tópica de flúor na forma de bochechos e na extensão total das cidades com a água tratada com flúor nos sistemas de abastecimento público de água.

A prevenção realizada nas escolas era feita somente pelo dentista e seu auxiliar, sem a preocupação de envolver os demais agentes, tais como professores, orientadores, diretores ou multiplicadores. De forma alguma chegava às famílias, pois o espaço de realização das práticas era centrado nas escolas.

Essa intersectorialidade se fez em um paradigma de atenção reconhecido como Odontologia Sanitária, muito antes e diferente do que se compreende hoje como intersectorialidade no contexto das políticas saudáveis e sustentáveis, com a promoção da saúde humana de forma ampla e muito menos com a saúde bucal da família como será visto mais adiante.

Ao longo desses 50 anos a intersectorialidade foi, aos poucos, modificada, sofrendo uma verdadeira revolução conceitual. Muita coisa mudou na vida do cidadão e na maneira de administrar dos governos, mudando também a preocupação com a saúde, segundo um entendimento mais amplo e abrangente. Hoje o conceito de intersectorialidade deve obter a sua sustentabilidade nos princípios do SUS, especialmente na equidade, integralidade, universalidade e uma maior qualidade social.

Hoje, no SUS, a preocupação deve ser com a saúde cidadã e com a promoção da saúde de maneira ampla, irrestrita e cheia de ações orgânicas, voltadas às políticas saudáveis e sustentáveis.

Um dos desafios é dar consequência programática a todas as pretensões amplas contidas atualmente no conceito de intersectorialidade da saúde. Portanto tal consequência programática cobra-nos o entendimento da evolução do próprio conceito de planejamento em saúde no Brasil.

A Intersetorialidade está sendo re-qualificada em todos os níveis, adquirindo a sua sustentabilidade ao final destes 50 anos de Saúde Bucal Coletiva no Brasil e envolvendo tudo e todos, num imenso desafio de continuidade e eficiência, devido ao problema sempre constante que é a falta de recursos para a saúde coletiva. Sempre que os investimentos são reduzidos o primeiro corte sempre acontece na Saúde Bucal.

7.1 - Planejamento

Planejamento é, originalmente, uma lógica de estado. Com ele busca-se construir bases institucionais para que uma política seja implementada. Assim se as políticas de saúde bucal são parte das políticas de saúde, o planejamento em saúde bucal é parte do planejamento de saúde.

A política é uma diretriz e o planejamento é a racionalidade instrumental que faz a articulação entre os atores politicamente potentes, com o objetivo de realizar uma determinada ação política. De forma simplificada a ação política define a ação de planejamento. Assim se ação política for autoritária teremos um Planejamento Normativo, onde um grupo define o plano, baixa as normas e os demais cumprem e executam.

Se no cálculo político há opção pelo consenso, esse consenso pode ser construído pela negociação política nas diversas e sucessivas situações. Essa matriz política “enforma” o Planejamento Estratégico Situacional. Caso o consenso venha a ser constituído pelo convencimento na busca da legitimidade política da ação coletiva nas diversas e sucessivas situações, essa matriz “enforma” o Planejamento Estratégico Democrático, melhor denominado Planejamento Comunicativo (ZANETTI, 2000).

Em resumo, o que caracteriza o tipo de Planejamento é o elemento político enfatizado: coerção, negociação e comunicação, seqüencialmente referentes a normativo, estratégico e comunicativo. Como a evolução do conceito de planejamento se deu historicamente no início de sua formulação, o Planejamento alcançava apenas o elemento de coerção. Enfatizado, por muito tempo o elemento de coerção continuou presente, ainda que envolvido pelo elemento de negociação. Por fim o desafio histórico é alcançar o elemento de comunicação envolvendo e assumindo o elemento de coerção e negociação (idem).

Na Odontologia o Planejamento Normativo foi introduzido pelo SESP ao veicular a programação do Sistema Incremental nas escolas públicas. No entanto a dimensão da negociação ou da comunicação entre equipe de saúde bucal e equipe de professores das escolas não foi alcançada, enfatizada e desenvolvida.

A sobrevivência do paradigma de programação escolar Sespiano tem mantido em vários contextos municipais a persistência da ação meramente normativa da equipe de saúde bucal nas escolas. Foi nos anos 90, com a saída da programação em Saúde Bucal do espaço exclusivo da escola para os centros de saúde (no início da década) ou para os domicílios adstritos ao PSF (meio e fim da década), que os elementos de negociação e comunicação começaram a se fazer mais presente e importantes.

O Planejamento Social frente ao Governamental tem suas especificidades, pois ele trabalha com problemas não estruturados, sem situações previamente determinadas, construindo uma atividade altamente complexa, uma vez que na questão da saúde há um envolvimento direto com questões biológicas, econômicas e culturais. (BUNGE apud ALENCAR et al, 1997 p. 5).

No setor saúde o planejamento é um processo de pensar contínuo, dinâmico, com capacidade de criar decisões. Na literatura o conceito de planejamento quase nunca é tratado de forma única, pois ao assumir leituras diversas, lhe falta nitidez para distingui-lo da programação, onde ao longo da história do setor saúde desenvolveram-se vários outros conceitos. Amparados em racionalidades distintas de gerenciamento público, justificam-se as várias

modalidades: Planejamento Normativo, Planejamento Estratégico Situacional e o Comunicativo (ALENCAR et al, 1997, p. 10).

7.1.1 - Planejamento Normativo

O Planejamento Normativo ou Econômico Instrumental é um processo que torna possível um diagnóstico objetivo da realidade e de seus problemas. Conteria uma verdade a ser descoberta, através do conhecimento científico, onde o planejador individual ou coletivo atua como um cientista que conhece a realidade existente, determina o problema, traça metas e encontra soluções sem deixar espaços para uma análise crítica de quem se acha dono da verdade (RIVERA, 1995, p. 11; GALLO, 1995, p.5; ALENCAR et al 1997, p. 11).

Para MONH e FRISSE, o Planejamento Normativo reproduz a realidade de sentido único, reducionista, de caráter controlável e um sinal fechado (sem discussão) com restrições impostas tanto pela política institucional, quanto pelos erros de gerenciamento (apud GALLO, 1995, p. 28).

Segundo ZANETTI, o Planejamento Normativo analisado nos marcos teóricos da Ciência Política, opera com coerção, com categoria e com uma ação politicamente pobre, não estratégica e não incluyente (1997, p. 7).

Nesse entendimento ele apresenta as seguintes características: instrumentos de trabalho elaborado ao nível central; não levar em conta as visões dos distintos atores; o espaço político; os obstáculos e as oportunidades favoráveis que podem ou não dificultar sua execução. É preciso repensar esta prática para possibilitar o processo de programação em todos os níveis (GALLO apud ALENCAR et al 1997, p.13).

7.1.2 - Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico surgiu na década de 70, num processo de reação crítica à visão racionalista, objetiva, egocêntrica, extremamente fechada e monóloga do Planejamento Normativo. Ele tentou romper com as explicações objetivas do planejamento tradicional, surgindo novos conceitos de explicação situacional, não ficando limitado às críticas, mas atribuindo o seu verdadeiro lugar de relevância na posição de grande instrumento de intervenção social. (RIVERA, 1995, p.15; ALENCAR et al, 1997, p.13)

É um Planejamento cuja racionalidade é a construção do consenso, na lógica da negociação. Isto é, a construção do consenso como base. Ele trabalha também na lógica da planificação, onde cada pessoa participa a partir do cálculo racional dos seus interesses.

Esse Planejamento definindo estratégias visa permitir a mudança de um sistema de uma determinada situação atual para um situação futura desejada, intrínseca ao planejamento, mediante uma análise da realidade, de forma que o agir no presente crie condições para se obter resultados no futuro. Ele requer coleta e análise de informações de um determinado problema. Adota metodologias, avalia a viabilidade do alcance, dos objetivos das realizações e da flexibilidade para responder as modificações que ocorrerem.

O Planejamento Estratégico depende do cálculo estratégico da negociação entre os atores. Tudo é negociável, tudo é situacional. As situações mudam, as negociações mudam e ele tem um cálculo racional no ganho de cada um.

7.1.3 - Planejamento Comunicativo

O Planejamento Comunicativo surgiu numa crítica ao Planejamento Estratégico. Trouxe um outro novo paradigma criado e fundamentado na comunicação, onde o que impera é o entendimento no processo de convicção interpessoal que coordena as ações de um grupo. Ele busca reduzir a violência, aumentar a dignidade na postura positiva que o ilumina, recuperar a palavra e a comunicação e evitar que elas funcionem como armas.

Esse Planejamento também busca o diálogo dos públicos técnicos com os não técnicos. É a burocracia governamental entendendo-se com a sociedade civil organizada ou não.

O Planejamento Comunicativo, baseado na racionalidade comunicativa e no consenso legitimado no entendimento, considera a legitimidade dos planos mais importantes que a discussão e negociação técnicas e políticas (ZANETTI, apud ALENCAR et al., 1997, p. 21).

Pode-se concluir que, apesar das eventuais oposições e dos pontos controversos, todas estas formas de Planejamento (Normativo, Estratégico Situacional e Comunicativo) têm contribuído fundamentalmente para o avanço do entendimento e da operacionalização do processo na saúde, constituindo abordagens que se complementam e que se superam ao longo dos anos na construção de um marco de referência conceitual.

Pode-se considerar que se o planejamento em saúde é a fôrma que modela os programas, é evidente que se a sua matriz é Normativa o programa terá viés normativo. Logo a intersectorialidade terá afeição normativa. Se a matriz é o Planejamento Estratégico, há uma relação negociada e os seus programas decorrentes têm viés de negociação. Quando a matriz é Comunicativa o viés de seu programa será Comunicativo (ZANETTI, 2001).

7.2 - Humanização

O conceito de intersectorialidade foi sendo modificado e ampliado paralelamente à modificação e ampliação dos conceitos de planejamento em saúde no Brasil.

A noção de intersectorialidade também vem sofrendo a influencia da introdução e ampliação do conceito de Humanização da atenção em saúde.

A Humanização se caracteriza pelas várias necessidades, principalmente a de ordem biológica, onde o homem necessita de elementos básicos para uma melhor subsistência como: alimentação, casa, saúde, segurança, trabalho etc. A intersectorialidade humanizada tem que estar dentro do SUS, não só dentro do modelo de atenção, mas também no modelo de gerência. Este modelo tem que recuperar a qualidade de vida, instruindo e formando cidadãos.

Até os anos 70, o tema da humanização pouco se colocou nos esforços de planejamento científico dada a hegemonia da atenção flexineriana, médico-cêntrica e hospitalo-cêntrica que dominou a saúde desde a década de 40 do Século XX.

Assim a programação dos anos 70, enformada no planejamento normativo, necessitava dos recursos assistenciais em demasia e de maneira tal, que a sua execução se mostrou altamente dispendiosa. Nestes anos, quando a economia capitalista no mundo entrou em crise, o tema da pobreza tornou-se uma grande preocupação para as agências internacionais ligadas à ONU, entre elas a OMS. Sob as metas da ONU de combate à pobreza no mundo, a OMS procurou desenvolver as estratégias de saúde para atender as pessoas mais necessitadas ou que viviam na miséria.

A crise da medicina científica e materializou-se pelos problemas crescentes, surgidos devido à sua ineficiência, ineficácia e à desigualdade que ela causou. À sua ineficiência, porque os investimentos em saúde não correspondiam aos resultados dos níveis de saúde. A sua ineficácia é constatada devido ao aparecimento de novas patologias ocasionadas pela sociedade industrial, como as doenças ocupacionais e as doenças da poluição. A sua desigualdade foi ocasionada pela acumulação de capital pelas classes dominantes, no que se refere a necessidades de saúde, ao risco de adoecer, morrer ou incapacitar e não ter acesso aos serviços médicos (MENDES, 1985, p. 40).

A medicina científica tornou-se altamente seletiva e inalcançável pela maioria da população, por isto esse paradigma teve que ser modificado para se ajustar às novas demandas da sociedade capitalista. O novo paradigma surgiu na emergente necessidade de obter uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde e alcançar um nível de que pudesse provocar uma vida social e economicamente produtiva.

O enfoque de saúde com novos critérios de serviços, é a medicina comunitária, que se apresentou pelos cuidados primários de saúde, pela atenção primária, pela medicina rural e outros. A medicina comunitária correspondeu nos países capitalistas, como a solução dos problemas criados pela crise da medicina científica. Criou-se um novo e mais racional modelo, oriundo da economia e da sociologia, pela maior produtividade, diminuição de custos, extensão de cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária (MENDES, 1985, p. 46.).

O objeto da medicina comunitária são as categorias sociais excluídas do processo de medicalização flexneriana, sendo a medicina dos marginalizados, urbanos e rurais. Ela exige uma intervenção maior do Estado no campo da saúde, com a finalidade de estender a cobertura dos serviços à todas as populações marginalizadas, tornando-se uma das funções importantes do Estado, sem preocupar com os lucros atrativos dos produtores de serviços de saúde (Idem).

As crises econômicas fizeram com que os recursos públicos ficassem mais escassos, obrigando a OMS a repensar suas estratégias e a propor a atenção primária, fazendo avançar a medicina comunitária. Criou-se um novo paradigma de prática médica. Este novo paradigma não veio com caráter substitutivo, mas num caráter suplementar. Relançaram-se os agentes de saúde e a valorização do pessoal de enfermagem e optou-se pela contratação de outros auxiliares.

A medicina comunitária acabou trazendo as soluções de como alcançar a pobreza e como oferecer atenção à saúde aos despossuídos, com uma tecnologia de maior eficácia, generalista, menos especializada e de maior alcance às pessoas comuns. Com o grande desafio de formar

recursos humanos para uma nova prática e formar profissionais com novos perfis. Destaca-se a capacitação dos agentes comunitários: como ensinar esses agentes; como fazer a seleção destes agentes de saúde; como trabalhar na comunidade, observando as suas crenças e os seus costumes.

Estes agentes deveriam cuidar da prática no atendimento; na avaliação do processo de aprendizado; na aprendizagem contínua; na supervisão do treinamento continuado; na organização do material didático; nas atividades das crianças e das mães, para procurar a educação para a saúde.

A meta era atingir uma realidade esquecida (a pobreza) com profissionais de um novo tipo (agentes comunitários). Exigia um esforço de alcançar realidades até então não consideradas; ou então, consideradas como necessidades próprias ou então, consideradas como realidade dos outros.

Assim se tornou importante alcançar os outros (os esquecidos, os marginalizados, os empobrecidos). Tornou-se importante construir um olhar capaz de atingir o outro, numa maneira de olhar antropológica. Tornou-se importante estabelecer trocas de saberes para a formação de saber-fazer comum.

Essas tarefas promoveram na saúde a recuperação antropológica e a formação de agentes de acordo com os fundamentos de uma pedagogia do oprimido. A literatura desta época foi fartamente desenvolvida pela Igreja Católica, que ainda a oferece nos seus movimentos de base, porque somente ela tinha uma preocupação neste sentido. Estas práticas de Educação para a Saúde, levadas por estes movimentos, via ação pedagógica fizeram a recuperação antropológica do oprimido (ZANETTI, 2000).

A antropologia acabou trazendo a discussão da humanização para a saúde, influenciando seus planejadores. Destacam-se os teóricos da UNICAMP (Emerson Merri e Gastão Wagner Campos), que passaram a trabalhar essa questão. Há vários desdobramentos desse novo aporte. Exemplo disso é a noção de acolhimento que influenciaria muitos programadores em saúde nos anos 90 (idem).

O desenvolvimento da noção de humanização influenciou a ampliação do conceito de intersectorialidade. Agora a intersectorialidade que é vivida não é só a relação entre governamentais, mas a relação com toda a realidade social. A humanização fez a recuperação pedagógica e depois antropológica, resgatando as relações entre as pessoas pela ética.

Dessa atitude surgiram as práticas dos PCs e da fluorterapia aplicada individualmente e não em massa (Influência Escandinava). Esses acontecimentos repercutiram ao nível de assistência, de gerenciamento, de planejamento e administração em saúde bucal. A lógica da Inversão acabou, gerando o primeiro modelo de gerenciamento e planejamento. A Odontologia Integral não gerou nenhum modelo, já que ela só modificou o Incremental, e este modelo modificado não significou avanço e muito menos modelo substantivo (ZANETTI, 2000).

Essa nova humanização acompanhada das experiências do Programa de Saúde da Família (PSF), radicalizou a lógica das relações humanas, como podemos citar:

- 1 - A experiência de Curitiba, propondo definitivamente que o CD, o T.H.D e os demais profissionais clínicos fossem até as casas e fizessem o contato, na lógica da humanização.
- 2 - A proposta de Niterói em 1997/1998, que fracassou, porque colocaram o dentista a fazer visitas, que por mais humano e mais eficiente em termos alocativos que fossem, eram mais **accountability** possível, pois você pode treinar um Agente Comunitário de Saúde (A.C.S) para fazer esse trabalho (Idem).

Segundo ZANETTI, as experiências aconteceram e geraram estas conseqüências, onde uma linha estava centrada na lógica da utilidade e uma outra centrada na lógica da humanização. Quem tivesse escassez de recursos derivaria para utilidade e quem tivesse mais recursos tenderia para a humanização (Idem, Ibidem).

Conclui-se que, a odontologia não ficou refém de nenhuma dessas linhas, pois apresenta várias tendências e experiências como Niterói e Curitiba, ambas de razão humanitária e outras de tendência **accountability**. Porém devido à inconstante falta de recursos, ora se aplica uma linha, ora outra. O certo é fazer uma síntese de tudo isto, numa lógica baseada nos recursos disponíveis, mas com tendências mais voltadas à **accountability** do que humanitária, porque em Saúde Coletiva, a humanização não pode ter caráter imperativo, pois nem sempre oferece bons resultados para a população.

Tudo isto só se faz no marco das políticas saudáveis e sustentáveis e na promoção da saúde com as estratégias da Saúde da Família e da Saúde Bucal da Família.

A constituição, quando define o SUS, fala de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, mas o fundamental é que essa regionalização não se baseia em modelos teóricos, e sim através do planejamento local e da participação social. Abrangidas numa dimensão política através de distintos atores sociais, numa dimensão ideológica voltada à atenção de problemas de saúde da população e numa dimensão técnica, que requer conhecimento e tecnologias voltadas a tornar possível a caracterização do sistema (UNGLERT, 1999 p. 221).

Essas transformações só terão legitimidade, se houver a real apropriação do poder pelos atores, numa visão político-jurídica e político-administrativa, processadas no plano do espaço político-operativo. Este espaço local estabelecido por estes atores, representa muito mais que uma superfície geográfica, pois com um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, se caracteriza num território propriamente dito (Idem, p. 222).

7.3 - Territorialização em Saúde

Essa base territorial é fundamental, e constitui um dos princípios organizativo-assistencial do sistema de saúde e também é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, em todos os níveis. Ela deve ser detalhada chegando ao domicílio, possibilitando a adstrição de clientela às unidades ambulatoriais, estabelecendo ações de controle específicos (de saúde) e visando prioridades (Idem, ibidem, p. 223).

A proposta metodológica traz a idéia de reconstrução permanente, caracterizando uma mudança e construindo os centros de espaços territoriais, que são:

- 1 - Distrito sanitário correspondente à uma região administrativa municipal;

- 2 - A Área de abrangência, que trata da área de responsabilidade de uma unidade de saúde;
- 3 - A Micro-área de Risco, de perfil epidemiológico específico, onde serão definidas as ações específicas de saúde;
- 4 - O Domicílio, que possibilita a adstrição de clientela, além de favorecer as ações de controle de saúde, visando prioridades (idem).

O estabelecimento deste território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como a dimensão do impacto do sistema sobre todos os níveis de saúde dessa população. Cria uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adstrita (Idem).

A Reforma Sanitária foi um projeto que teve adesão e não se fez pela via do discurso político-ideológico e nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente, pela percepção que se expressa na concretude de melhores serviços prestados e recebidos e pela possibilidade de uma inserção dos cidadãos no controle destes serviços, ocasionado a proposta da distritalização sanitária.

7.3.1 - Distrito Sanitário

A concepção de Distrito Sanitário é desenvolvida como um processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. Tem uma dimensão política que busca a transformação do Sistema Nacional de Saúde, atuando na sua base, numa situação de poder compartilhado, onde se manifestam os diversos interesses de distintos atores sociais.

No Brasil o distrito sanitário resulta de mandamento legal, contido no artigo 10, da lei n.º 8080 de 19/09/90, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços.

O Distrito Sanitário, também é um micro espaço de luta política entre os atores sociais, com diferentes projetos, mas com capital político e com poder para viabilizar tudo aquilo que deseja alcançar. Ele também tem uma dimensão ideológica, tornando-se igualmente num micro espaço social de luta, com um paradigma assistencial e com uma concepção ampliada do processo saúde - doença, cuja implantação sofreu uma nítida mudança cultural. Possui também uma dimensão técnica que exige conhecimento e tecnologia coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos. (MENDES et al 1999, p. 162).

Por estas e outras razões foi necessário uma nova e melhor qualificação do Distrito Sanitário, seja como estratégia fundamental da Reforma Sanitária, ou como conceito de mudança nas práticas sanitárias do SUS. Esse precisava de um choque de criatividade para a sua valorização como lugar central da saúde e não privilegiar puramente o político-ideológico, pois o problema mais grave não era tanto seu conteúdo ideológico, mas sim a ausência de vínculos com a prática.

Este novo paradigma deveria ser construído em consonância com o modelo assistencial, informado pelos princípios do SUS e deveria, dentro da idéia processual, ir compondo-se com base em alguns movimentos:

Da centralização para a descentralização;

Da decisão institucional para a decisão democrática baseada na administração de conflitos e na formação de consensos;

Da gerência operacional para a condução política;
 Do planejamento normativo para o planejamento estratégico;
 Da rigidez burocrática para a flexibilidade que permita adaptações contínuas às incertezas;
 Da norma dura para norma branda;
 Do controle e avaliação de meios para o controle e avaliação de resultados;
 Do modelo dual de atenção médica e saúde pública para uma organização por problemas com base territorial (MENDES et al, 1999, p.137).

No Brasil uma das definições mais difundidas e amplamente reconhecidas de Distrito Sanitário é: uma unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político - institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (Idem, p. 188).

7.4 - Promoção de Saúde

A promoção da saúde é o conjunto de ações estratégicas de naturezas diversas, porém voltadas ao enfrentamento de problemas sociais com a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos e das comunidades. Propõem uma ação integrada entre o Estado e a Sociedade, a ampla participação social e comunitária e a integração das políticas com a intersetorialidade. Essa é a principal estratégia que marca o diferencial na execução das ações populares, onde a população se empossa de suas principais questões, envolvendo a saúde no seu sentido mais amplo, para que as pessoas assumam e exerçam o controle sobre suas vidas (GENTILLE, 1999, p. 9).

Promoção de saúde apesar de ser um conceito antigo, deve também ser requalificada para não ser confundida com prevenção. A prevenção é mais restrita, quase sempre identificada com a vacinação. A promoção da saúde faz garantir com que a população seja mais saudável, onde as pessoas mais assumidas da responsabilidade deste controle de vida, sintam-se mais protegidas e com uma boa qualidade de vida (YUNES, 1999, p. 5).

Muitos fatores são importantes para esta qualidade de vida: a qualidade do ar e da água, as condições espirituais, a segurança, a cultura com todo o seu leque de abrangência, etc. Tudo isso centrados em três elementos: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida. O estilo de vida da população, analisado neste contexto, poderia ser chamado de "entorno" onde todos procurem evitar e eliminar todos os atos danosos à sua saúde, excluindo os maus hábitos como fumo, álcool, drogas, alimentos não saudáveis, etc. Os outros elementos não menos importantes, influenciam sobremaneira esse "entorno" (idem, p. 6).

A combinação de fatores ajuda a criação e implantação da promoção da saúde e associada a um insumo principal que é a educação. Os resultados são melhores, na medida que os investimentos a ela são destinados, como aos destinados ao Programa de Escolas Saudáveis (FINKELMAN, 1999, p. 5).

O Programa de Escolas Saudáveis apresenta duas orientações: a primeira inclui elementos relacionados com saúde no currículo da formação dos estudantes. A segunda estimula a

participação da escola em atividades comunitárias. Tecnologias simples de saneamento mudam os fatores de risco, pois uma população sã contribui muito mais para o desenvolvimento do país, como aconteceu no Sudeste Asiático, onde aqueles “milagres econômicos” estão associados ao aumento da expectativa de vida (Idem, p. 6).

Na década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata, enfatizava que saúde é o bem estar físico, mental e social e não simplesmente a inexistência de doença. Esta conferência instituiu a saúde como um direito humano fundamental e como meta social mundial, requerendo a atenção total de todos os setores sociais, econômicos e administrativos (GENTILE, 1999, p. 9).

O homem sendo gregário por natureza, tem que ter a oportunidade de dar e receber o afeto, a ajuda e a informação. Pela pobreza, ele fica impedido e com muitos obstáculos a esta saúde. São miseráveis e carentes os que vivem em entornos perigosos, os que não podem satisfazer suas necessidades básicas, os que carecem de amenidades e os isolados de todas as fontes de satisfação, informação e de estímulos (Idem, p. 10).

Cinco pontos podem assinalar como princípios fundamentais da saúde:

- 1 - A promoção da saúde afeta a população em seu conjunto e no contexto de sua vida diária, não se centrando nas pessoas;
- 2- A promoção da saúde pretende influir no determinante ou nas causas da saúde;
- 3- A promoção da saúde combina métodos e enfoques distintos, mas complementares;
- 4- A promoção da saúde se orienta especificamente para conseguir participação concreta e específica da população;
- 5- Os profissionais da saúde (particularmente no campo da atenção primária) devem desempenhar um papel importante na defesa e facilitação dessa promoção (idem).

Baseados nestes princípios nasceu a idéia de criar a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, celebrada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, com mais de 200 participantes de todo o mundo, para compartilhar as suas experiências sobre programas e políticas de Promoção da Saúde. Nesta conferência foram tratados os seguintes temas:

- 1- Criação de políticas públicas saudáveis;
- 2 - Fortalecimento dos recursos de saúde comunitária;
- 3-. Criação de entornos favoráveis à saúde;
- 4 - Aprendizado, enfrentamento e reorientação dos serviços de saúde.

A referida Conferência também trouxe a ampliação da concepção de promoção, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (idem).

Outras conferências surgiram aprofundando as idéias e as discussões sobre estes aspectos da Carta de Ottawa, provocando novas declarações:

- Declaração de Adelaide (Austrália) em 1988, que tratou das “Políticas Saudáveis”.
- Declaração de Jundsvall (Suécia) em 1991, que teve como tema central: "Ambientes Favoráveis à Saúde".
- Declaração de Bogotá (Colômbia) em 1992, que cuidou das “Linhas de Promoção da Saúde, Adequadas Dos Países Em Desenvolvimento”.
- Declaração de Jacarta (Indonésia) em 1997, com o tema "Promoção da Saúde no Século XXI" (Idem, ibidem, p. 11).

No Brasil apesar de alguns avanços que tivemos desde a VIII Conferência Nacional da Saúde, com as novas leis da Nova Constituição de 1988 e com as Normas Operacionais Básicas do S.U.S (NOBs), ainda estamos na tentativa de adequação e organização dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema. Aqui os gestores municipais estão de frente a terríveis problemas, que a cada dia se agravam. Os custos aumentam, faltam recursos e ainda enfrenta-se um ambiente facilitador ao aumento das doenças.

Os Municípios e seus Distritos, que são por essência territórios concebidos de um ponto de vista ecológico-social, tornam-se os espaços e os cenários ideais para as intervenções positivas ao bem-estar, pois oferecem as maiores garantias para criar processos participativos, onde os cidadãos possam adquirir capacidade necessária para solucionar seus problemas (RESTREPO, 1999, p.7).

Dá a necessidade de se buscar uma nova discussão e re-qualificação de tudo isto, centrando as atenções e enfrentando estes desafios com olhos nas estratégias das Políticas Saudáveis e Sustentáveis, do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF), e a Saúde Bucal da Família (SBF).

7.4.1 - Políticas Saudáveis

A formulação de políticas de saúde constitui uma das responsabilidades essenciais da Secretaria de Políticas de Saúde-SPS, órgão recente do Ministério, criado em 1997. A falta de rotinização na prática sistematizada e contínua de formular políticas, fez com que a SPS optasse, por uma forma de construir Políticas Saudáveis e Sustentáveis. O envolvimento não foi só do MS e do SUS, especificamente, mas de outros e diferentes setores do Governo Federal, especialistas no tema e demais seguimentos da sociedade, ligados direta ou indiretamente ao assunto.

A metodologia para a elaboração das políticas fez com que os participantes do processo fossem estimulados a abarcar o conceito, as estratégias e os objetivos básicos. Ela induziu estes componentes a procurar diretrizes e responsabilidades para a sua implementação e sua elaboração, mediante subseqüentes planos, programas, projetos e atividades.

A Intersetorialidade deve ser a estratégia primordial desse processo e identificada com ênfase nas responsabilidades institucionais e com as parcerias consideradas fundamentais para a criação destas políticas com muita articulação, observando as questões prioritárias. Também é necessário que haja a perfeita consolidação dos princípios básicos do SUS: a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade e a participação social (MORAES, 1999, p. 13).

Criar políticas públicas saudáveis foi o tema central da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Adelaide - Austrália, 1988. Estas políticas saudáveis são caracterizadas pelo interesse e pela preocupação com a saúde e com a equidade explicitadas por todos os setores envolvidos, os quais assumem compromissos e responsabilidades pelo impacto delas sobre a saúde da população (O.M.S. 1988, apud MORAES, 1999, p. 10).

Nesta concepção alguns aspectos significativos e de destaque foram observados: O primeiro deles, é a incorporação da questão saúde nas políticas públicas, onde a preocupação é produzir e garantir qualidade de vida. O segundo ressalta que a intersetorialidade deve estar presente na formulação das políticas públicas saudáveis, mesmo que sejam econômicas, mas que sejam sociais. O terceiro aspecto destaca a responsabilidade do setor público pelo seu compromisso de interesse com o bem público e com o impacto destas políticas na população (Idem, p. 11).

Os compromissos assumidos na Conferência de Adelaide trazem um único projeto: as políticas públicas saudáveis capazes de criar ambientes que permitam às pessoas levar vidas saudáveis. O essencial é que estas políticas, garantidas pela intersetorialidade e pela responsabilidade dos setores, criem impacto e sejam inseridas de decisões definitivas e importantes na Promoção da Saúde (idem).

A formulação de políticas de saúde é uma das responsabilidades institucionais essenciais e é a grande preocupação da Secretária de Políticas de Saúde (SPS), órgão criado pelo M.S em 1997, cujo método se baseia em diretrizes e responsabilidades institucionais, através de um processo participativo, onde envolve órgãos do M.S e representantes das demais esferas do SUS, de outros setores do governo, de especialistas e de segmentos da sociedade, ligados direta ou indiretamente ao assunto (Idem).

Estas diretrizes deverão ser capazes de favorecer, de acordo com a política específica, a adoção de hábitos e de estilos favoráveis à saúde e à criação de ambientes saudáveis relacionados com os objetivos básicos da promoção humana e com a qualidade de vida das pessoas. A sua implementação deve ocorrer mediante elaboração subsequente dos planos, programas, projetos e atividades, sempre identificados com a intersetorialidade como sendo a estratégia primordial, explicitada e consolidada nos princípios do SUS (a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, observando sempre a descentralização da gestão e a participação social) (Idem, p. 14).

Procurando a ajuda e o incentivo das autoridades políticas e civis com a participação e mobilização da comunidade, algumas cidades, conscientizadas, procuraram os fatores e os projetos necessários à saúde e à cidadania, resultando na melhoria de vida da população, caracterizando a essência do Projeto do Município Saudável.

7.4.2 - Município Saudável

Um novo conceito de gestão municipal está melhorando em muito a qualidade de vida nas comunidades do primeiro mundo e começa a ser estratégia importante para a vida social de países, onde esta vida é cheia de desigualdades.

A concepção de Município Saudável teve sua origem no final do século XIX, no Movimento Sanitário, quando o urbanista Ebenezer Howard desenvolveu o Projeto Cidade Jardim, na Inglaterra. Este projeto foi inspirado em propostas de mudanças, onde pensadores preocupados com a miséria de muitas comunidades, procuravam incluir nos programas, certas necessidades básicas como ar limpo, transporte público eficiente, hospitais, instituições para idosos e doentes mentais, combate ao álcool e ao tabaco, medidas de saúde sanitária no trabalho, e demais outras (GENTILE, 1999, p. 11).

O que havia de essencial na concepção da Cidade Jardim foi sendo enriquecido e acrescentado com práticas modernas e democráticas de consulta e participação popular. Ressurgiu dentro do movimento de promoção da saúde iniciado no Canadá, com o nome de Cidades Saudáveis ou Municípios Saudáveis.

Com a Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional de Saúde, em novembro de 1986, essa idéia ganhou força e expandiu pelo mundo todo. O importante é que o envolvimento preconizava a participação e capacitação de toda a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, numa ação coordenada de todos os setores.

Com base nestes fundamentos a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Pan-Americana (OPAS), definiram Cidade Saudável como aquela em que as autoridades políticas e civis, as instituições não governamentais, outras entidades públicas, privadas ou filantrópicas e a sociedade em geral, dedicam esforços constantes para melhorar as condições de vida, do trabalho e da cultura da população. Estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente, físico e natural e também procuraram expandir os recursos comunitários, melhorando a convivência e desenvolvendo a solidariedade, a co-gestão e a democracia (GENTILE, 1999, p. 12).

Percebe-se que Município Saudável não é um modelo que se entrega às autoridades municipais para aplicá-lo distante da ajuda da população. É uma estratégia da Promoção de Saúde para todo o seu município, procurando identificar os principais problemas de saúde e suas causas, trazendo as suas respostas de forma participativa. Na realidade é a adoção de mudanças na dinâmica das relações entre as pessoas, pois partem delas próprias e vão até as de cidadania, criando novos pactos entre governantes e a sociedade (Idem).

Para que se alcance a melhoria da saúde e da qualidade de vida, é necessário que as pessoas tenham a capacidade e a vontade de lutar e atuar pela própria saúde, concentrando todos os recursos políticos, institucionais, comunitários e pessoais para atingir esse objetivo (Idem, p. 13).

Uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais, expandindo os recursos comunitários, criando condições necessárias para que as pessoas apóiem-se mutuamente para desempenhar bem todas as funções da vida e desenvolver seu máximo social. Está sempre rompendo barreiras, trabalhando intersetorialmente de forma que provedores e usuários tenham voz própria e uma grande participação sobre o seu próprio controle, e sobre o tipo de serviços que lhes são oferecidos (idem).

A Cidade Saudável é vista como um órgão vivo e complexo que vive, respira, cresce e muda fácil e constantemente. Também é aquela que procura melhorar seus ambientes, pois toda ela pode ser cidade saudável, desde que se comprometa com a saúde, com o bem estar e com o melhoramento de sua qualidade de vida (Idem, p. 14).

O governo municipal tem um papel estratégico na capacidade de fazer avançar o desenvolvimento econômico e humano, pois tem a sua autonomia assegurada e alcançada, principalmente no Brasil de ultimamente. Com uma gestão intersetorial e participativa, ele

fica fortalecido, aumentando o grau de sustentabilidade na melhora da qualidade de vida e da cidadania (Idem, p. 15).

O procedimento de melhoria contínua da qualidade de vida de uma população é intrinsecamente determinado por fatores econômicos, políticos e sociais. Assim sendo, a construção de um município saudável exige do governo municipal:

- A expressão pública de seu compromisso político com esse processo;
- A condução política do processo pelo próprio prefeito municipal;
- Estrutura organizativa que favoreça o desenvolvimento das ações intersetoriais;
- A utilização de metodologias de planejamento estratégico que tenham como ponto de partida a análise dos problemas sociais existentes, que propiciem ampla participação social e a democratização do conhecimento, e finalmente que permitam o acompanhamento e a avaliação permanente das ações desenvolvidas.

A população do município igualmente responsável deve ter sua indispensável participação e dela espera-se:

- Sua organização em torno de projetos ou atividades que venham ao encontro das necessidades sociais locais;
- A proposição de iniciativas que qualifiquem esse processo;
- A co-responsabilidade nas decisões e no desenvolvimento de todas as ações e atividades pertinentes.

A implantação de um Município Saudável, considerando o grau de autonomia dos municípios brasileiros enquanto parte de um sistema federativo e com grande fragmentação e centralização das políticas públicas no governo central e federal, necessita de algumas ações facilitadoras quais sejam:

- Convocação e declaração pública do compromisso do governo local.
- Estabelecimento de instâncias de governo que favoreçam o desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Estabelecimento de instâncias de interação governo/sociedade civil que permita a ampla participação da sociedade local.
- Definição de plano de trabalho concensuado entre os representantes de governo, técnicos de vários setores e representantes da comunidade.
- Mobilização dos recursos necessários.
- Estabelecimento de um sistema de informação e monitoramento.
- Implantação de processos que permitam a troca de conhecimento e experiência com outros municípios.

Os resultados esperados com a construção de municípios saudáveis são:

- Reduzir as iniquidades.
- Promover o desenvolvimento local integrado e sustentável.
- Fortalecer a participação social, o processo democrático e a construção da cidadania.
- Qualificar as políticas públicas locais e apoiar os processos de descentralização.
- Reorientar os sistemas e os serviços públicos.
- Incorporar a promoção da saúde na agenda desenvolvimento local.

Surgem os desafios e a questão do envolvimento da população no processo, criando sérias dificuldades, devido a pouca prática de ações conjuntas. As ações que devem enfrentar a

tradicional estrutura verticalizada na tomada de decisões, para não retardar o avanço de processos de descentralização, de participação e de parcerias.

Outro desafio é vencer as resistências que um novo modelo de gestão social oferece, quando esse procura garantir a efetiva participação da comunidade de forma integrada e consciente, nos projetos de seu interesse, sem depender das mudanças que as autoridades fazem a cada eleição.

No Brasil, apesar de todas as dificuldades, vários municípios enfrentaram estes desafios e conseguiram bons resultados, com a criação do Movimento dos Municípios Saudáveis. Como integrantes deste movimento temos: Jundiaí e Vargem Grande Paulista, no Estado de São Paulo; Curitiba e Chopinzinho, no Paraná; Fortaleza, Sobral e Crateús, no Ceará; Maceió, Anadia, Flexeiras e Arapiraca, em Alagoas; Dionísio e São José do Goiabal, em Minas Gerais. Estas cidades transformaram as idéias em realidade e provocaram mudanças significativas na qualidade de vida de sua população.

É importante e necessário superar os vícios intervencionistas e corporativos de instituições públicas e sindicais incluindo alguns movimentos populares, que emperram ações e programas. Os interesses devem estar sempre voltados para nova dinâmica social e para com as Políticas Sustentáveis.

7.4.3 - Políticas Sustentáveis

As políticas de desenvolvimento sustentável estão baseadas em pressupostos de um novo paradigma de políticas públicas. Constituem uma via possível e necessária para a melhoria da qualidade de vida das populações e para a conquista de modos de vida mais sustentáveis.

O desenvolvimento local integrado e sustentável vem sendo definido como um novo modo de promover o desenvolvimento, que possibilita o surgimento de comunidades mais sustentáveis, capazes de suprir suas necessidades imediatas. Descobrir ou despertar suas vocações locais, desenvolver suas potencialidades específicas e fomentar o intercâmbio externo, aproveitando-se de suas vantagens locais (AGENDA 21, p. 31)

O desenvolvimento sustentável pretende combater a miséria humana sem repudiar a natureza ou desconsiderar as especificidades locais. Introduce o objetivo global de um crescimento econômico e social duradouro, pensando com equidade e certeza científica, de modo que não dilapide o patrimônio natural das nações ou perturbe desastrosamente os equilíbrios ecológicos (Idem, p. 32).

É necessário estabelecer, á luz das condições específicas de cada país, as reformas das políticas econômicas que promovam o planejamento e a utilização eficiente dos recursos, para o desenvolvimento sustentável por meio de políticas econômicas e sociais saudáveis. Devem fomentar a atividade empresarial e a incorporação dos custos sociais e ambientais na determinação do preço dos recursos, eliminando as fontes de distorção na esfera do comércio e dos investimentos (Idem, p. 26).

Sérios problemas de saúde, relacionados ao meio ambiente, surgem devido a grande expansão populacional, pois um desenvolvimento insuficiente conduz à pobreza. O desenvolvimento

inadequado resulta em consumo excessivo, porque a saúde e o desenvolvimento estão intimamente relacionados (Idem, p. 271).

Todas as ações devem estar voltadas para as necessidades do atendimento primário da saúde da população, pois constituem os objetivos principais do desenvolvimento sustentável e da conservação primária do meio ambiente. Estes vínculos exigem esforços intersetoriais, para que a saúde e as melhorias ambientais e sócio-econômicas aconteçam (Idem, 272).

Essas ações devem abranger a educação, a habitação, as obras públicas, os grupos comunitários, as empresas, as escolas, as universidades, as organizações religiosas, cívicas e culturais e também capacitar as pessoas em suas comunidades para assegurar o desenvolvimento sustentável (idem).

A inclusão dos programas preventivos é de extrema relevância, pois não se deve ficar limitado às medidas de remediar e tratar. Todos os países devem desenvolver planos de ações prioritários, planos estes baseados no planejamento cooperativo, envolvendo os diversos níveis de governo, organizações não governamentais e comunidades locais (Idem, p. 273).

Com o apoio dos órgãos internacionais devem fortalecer seus programas na área da saúde, com especial atenção para as necessidades daqueles mais carentes, criando infra-estruturas sanitárias básicas, sistemas de planejamento e de acompanhamento, apoiando o desenvolvimento da pesquisa e da criação de metodologias capazes (Idem, p. 471).

A saúde depende da capacidade de gerenciamento e da forma eficaz de interação entre os meios físicos, espiritual, biológico e econômico social. É impossível haver desenvolvimento salutar numa população não saudável, pois só a presença dele é capaz de evitar danos maiores e irreparáveis. Por si própria a saúde não satisfaz as suas necessidades, ela depende de um ambiente saudável, de um abastecimento seguro de água, de serviços de saneamento, de nutrição adequada (Idem, p. 22).

Os alimentos devem estar livres de contaminação. O abastecimento deve oferecer água potável segura dentro de políticas abrangentes e sustentáveis. O saneamento deve estar impedido e longe de ações microbianas e químicas. Por fim a presença da educação sanitária nas escolas e nas famílias, provocando um planejamento responsável e respeitoso aos aspectos culturais, religiosos e sociais (Idem, p. 23).

Para que o desenvolvimento local sustentável se estabeleça no Brasil é necessária uma forte ação conjunta entre governo e sociedade civil, deixando os comportamentos tradicionais e arraigados e procurando as efetivas propostas de um desenvolvimento mais participativo e o comprometimento total da sociedade nas soluções de seu futuro. Deve constituir uma estratégia de redefinição do desenvolvimento social e econômico, compreendido como um espaço dinâmico de ações locais, bem sucedidas.

O cidadão brasileiro deve ser colocado como sujeito histórico do processo e estimulado a produzir numa dinâmica social, e tornar-se a parte mais ativa deste processo, fortalecendo-se como produtor, ampliando a sua renda e as condições de vida, educação, lazer e saúde para si e sua família.

É concludente que as políticas sustentáveis, são pressupostos requalificados das políticas saudáveis, da Promoção da Saúde, do Programa da Saúde da Família e da Saúde Bucal da Família.

7.5 - Programa de Saúde da Família

A crise do setor público nos últimos anos, trouxe uma grande distancia entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos. Tornou-se necessário estabelecer mecanismos capazes de assegurar a continuidade das conquistas sociais e trazer para o panorama institucional brasileiro propostas de mudanças durante o processo de construção do SUS, da criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde.

Um novo modelo passou a ser desenhado na expectativa de mudar a assistência vigente e com a mudança, o objeto de atenção que é a família. Houve necessidade de mudar a atuação primária e a organização geral dos serviços e criar uma nova estratégia de Saúde da Família. O ponto central era o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e população (TRAD & BASTOS apud CALADO, 2001).

Segundo PAIM, a idéia da unidade familiar, como preconizada nos dias atuais pelo Programa de Saúde da Família (PSF), é anterior e centrada historicamente na figura do médico da família. Esta é uma estratégia que prioriza as ações de programação, proteção e recuperação da saúde da família, do recém nascido ao idoso, do sadio ao doente temporário ou integral, contínuo ou momentâneo (PAIM, 1999, p.187).

A família passa a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente em que vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações familiares e onde se desenvolve a melhoria das condições de vida de seus componentes, permitindo portanto a necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJÚ apud CALADO, 2001).

A atenção passa a estar centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (PAIM, 1999, p.204).

O PSF teve início em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), caracterizado e criado como importante estratégia de contribuição na formulação de um novo modelo assistencial, face à realidade do país, deficitário na atenção primária em saúde e para garantir a assistência materno-infantil. Esta era precária na época, pois apresentava um índice de mortalidade infantil altíssimo em algumas regiões. Por isto o projeto foi elaborado a partir de experiências já implantadas nos estados do Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão, Santa Catarina (Vale do Ribeira) e Mato Grosso (Rondonópolis) (BRASIL, 2000, p. 2).

Destas experiências configurou-se o Programa, sendo inicialmente implantado na região Nordeste, inclusive com a influência dos resultados e do trabalho da Pastoral da Criança e da Saúde, movimentos pertencentes a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) da Igreja Católica. Posteriormente, em caráter emergencial, foi implantado nos estados da Região

Norte, com a chegada da doença cólera, onde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) assumiram papel importante no controle e prevenção da mesma (idem).

O PSF foi criado para colaborar com o S.U.S e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralização e participação da comunidade. Também criado na esperança de ser uma contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária da boa qualidade, fomentando a participação da comunidade na construção do Setor de Saúde, onde o paradigma é a qualidade de vida (Idem, p. 3).

O objetivo geral do PSF é melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo de atenção, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

Os objetivos específicos são:

- 1 - Promover o conceito de saúde;
- 2 - Promover a família como núcleo básico no atendimento à saúde da população;
- 3 - Prevenir doenças e identificar os fatores de risco;
- 4 - Fornecer atenção integral e contínua e de boa qualidade;
- 5 - Buscar a humanização do atendimento, integral entre a equipe e a comunidade;
- 6 - Garantir aos profissionais do PACS, supervisão educada e continuada, cursos de capacitação e treinamentos para o aprimoramento;
- 7 - Divulgar para a população alvo os resultados, bem como a evoluções das doenças;
- 8 - Incentivar e organizar o controle social na comunidade (Idem, p. 4).

As atividades do PSF compreendem os atendimentos na comunidade por meio do diagnóstico de saúde, visita domiciliar, internação domiciliar e a participação em grupos comunitários. Implicam ainda os atendimentos nas unidade de saúde, através dos programas adequados às necessidades locais. Por fim é a referencia e contra referência, definindo os serviços ambulatoriais especializados e as internações hospitalares.

A sua operacionalidade consiste no processo de adesão dos municípios através de convênios, com a sua unidade da federação respectiva, levando-se em conta os critérios de áreas realmente necessitadas e a participação social.

O recrutamento e o treinamento do pessoal deverão obedecer às normas e diretrizes do PACS, definidas pelo PNS e MS, por meio de intercâmbios com universidades e outras instituições para formação e seleção dos recursos humanos e com outros órgãos nacionais e internacionais para a troca de experiências (BRASIL, 2000, p.3).

Os princípios básicos para esta operacionalização são baseados nos princípios do SUS e devem ter caráter substitutivo, Integralidade, Hierarquização e Adstrição da Clientela a serem desenvolvidos por uma equipe multi-profissional formada por um médico-generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 ACS, variando com o número de pessoas, sempre na proporção média de 550 a 750 pessoas.

As equipes do PSF devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde, elaborar um projeto local, prestar assistência integral e desenvolver ações educativas e intersetoriais.

Quanto ao Caráter substitutivo o PSF não se caracteriza em criação de novas estruturas de serviços, mas sim em substituir as práticas convencionais em novas práticas, sempre centradas na vigilância à saúde, exceto em áreas desprovidas de quaisquer serviços.

A Integralidade e a Hierarquização devem ser conseguidas pela vinculação da atenção básica à rede de serviços, de forma que se garanta esta atenção integral aos indivíduos e às famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica, para solução de diversas situações e problemas identificados.

A territorialização e a adstrição da clientela são importantes no PSF, pois ele trabalha com território de abrangência definido, sempre na lógica da responsabilidade pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área. Por isto recomenda-se que uma equipe seja responsável, por no máximo 4.500 pessoas.

Para a implantação do PSF é necessário:

- Cadastramento das famílias;
- Implantação do Sistema de Informação (SIAB);
- Realização do diagnóstico da comunidade;
- Programação e Planejamento do trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade;
- Trabalhar com ações voltadas aos indivíduos, às famílias e à comunidade, sempre nos espaços do domicílio, na unidade de saúde e nos serviços de referência, quando necessário. (BRASIL, 2000, p 6).

O Financiamento do PSF envolve recursos federais, estaduais e municipais. Os recursos federais, conforme está previsto na NOB SUS 01/96, apresentam sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica PAB e são transferidos automaticamente aos municípios fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde) em parcelas mensais. (idem).

Os compromissos do Município, como parte importante do processo de descentralização e da municipalização das ações de saúde, são de extremas responsabilidades no PSF, onde os gestores devem:

- Adequar as unidades básicas para possibilitar a resolutividade na assistência;
- Manter o custeio da unidade de saúde;
- Valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde;
- Contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe do PSF;
- Garantir a educação e a capacitação dos profissionais envolvidos;
- Contribuir para a organização da comunidade para o efetivo exercício da participação e do controle social (Idem, p. 7).

A Capacitação de Recursos Humanos, diante da necessidade de educação continuada das equipes do PSF, levou a implantação de Pólos de Capacitação, vinculados geralmente a universidades, com a finalidade de formação, capacitação e educação permanente, através de convênios com as Secretarias Municipais de Saúde, com os objetivos:

- 1 – Em curto prazo- com uma capacitação introdutória, sensibilizando as equipes com relação às bases conceituais e com a atualização técnica em áreas específicas;
- 2 – Em médio prazo- promove a educação permanente nos diversos campos relacionados à saúde da família, com cursos de formação de multiplicadores e supervisores;
- 3 – Em longo prazo- com atividades e estratégias para a formação profissional em nível de graduação e residência em Saúde da Família (idem).

O Sistema de Informação, que revela os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF, em avaliações periódicas, foi idealizado para agregar os dados e processar as informações sobre a população visitada, produzindo relatórios que permitem aos gestores fazer um acompanhamento e uma avaliação destas atividades. Estes relatórios que o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, emitem trazem o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada e a adequação dos serviços de saúde oferecidos, readequando-os se necessário (Idem, ibidem, p. 8).

As Informações e variáveis do SIAB são:

- 1 – Cadastramento das famílias;
- 2 – Acompanhamentos de grupos de risco;
- 3 – Registros de atividades, procedimentos e notificações (idem).

Observa-se que a grande vantagem dos programas da família é a atenção promocional e preventiva em saúde, pois elas dependem sem sombra de dúvida do aumento da qualidade e da regularidade da ação, onde a relação estabelecida entre o espaço do domicílio e as relações na família seja proporcional (ZANETTI-SB, 2000, p. 1).

Esta programação possibilita a reorganização do sistema de referências e contra referências no SUS, tornando todos estes programas em estratégias do sistema. A fusão da estratégia assistencial dos Procedimentos Coletivos (PCs) com a égide gerencial aconteceu ainda em 1995, sob a lógica da abordagem familiar e estruturou também a Saúde Bucal da Família, com uma abordagem inteiramente nova no Brasil e sem antecedentes no mundo (idem).

7.5.1 - Saúde Bucal da Família

A partir dos anos 80 sob a influência do movimento da Reforma Sanitária e do campo disciplinar da Saúde Coletiva surgiu a idéia da Saúde Bucal Coletiva, deixando de lado o termo Odontologia Coletiva. Não que se quisesse negar a importância da assistência odontológica, mas buscando extrapolá-la com ações a serem desenvolvidas, buscando afirmar uma prática de saúde sanitária (NARVAI apud LIMA et al 1996, p.11).

O paralelo de comparação entre a Saúde Bucal Coletiva e a Odontologia Integral é que a Integral teve a ênfase (na clínica e em coletivos restritos) nas ações preventivas sob a influência do Preventivismo Escandinavo, com suas tecnologias de fluoroterapia enquanto que a SBC buscou-se nos princípios do SUS. Esta manteve a ênfase no preventivo, mas adicionou

o elemento promocional numa perspectiva politizadora, criando uma consciência sanitário-bucal, onde o Estado tem o papel de assegurar o direito de saúde bucal ao cidadão. Este fica estimulado a organizar e a resgatar as conquistas preventivas e promocionais acumuladas nos paradigmas anteriores, porém orientadas politicamente dentro do projeto da Reforma Sanitária (LIMA et al 1996, p. 11).

A Saúde Bucal Coletiva construiu sua identidade em três etapas distintas:

- A primeira ganhou notoriedade a partir da I Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986 como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentando a problemática saúde-doença Bucal como uma questão de cidadania, fazendo com que as questões de saúde da boca ganhassem uma nova perspectiva tornando nítido o nascimento da Saúde Bucal Coletiva.
- A segunda etapa apareceu como desafio gerencial nos serviços de saúde, onde na prática isso só aconteceu com o avanço da Reforma Sanitária a partir de experiências locais e regionais implementadas no início com as AIS, em 1986, e ganhou grande impulso com os governos de esquerda, principalmente os do PT como, por exemplo, as prefeituras de São Paulo, Ipatinga - MG e Santos-SP todos em 1988.
- A terceira procurou inserir a problemática da Saúde Bucal no campo interdisciplinar da Saúde Coletiva com o desafio acadêmico de procurar novos saberes e novos desdobramentos teórico-práticos e capacitando novos recursos humanos. Esta etapa está sendo realizada por poucas instituições de ensino superior em parceria com instituições do SUS, onde a troca de saber entre acadêmicos e gerentes deverá ser fundamental e produtiva (LIMA et al., 1996, p. 12)

Assim a Saúde Bucal Coletiva conseguiu sair do discurso político para a prática nos serviços, produzindo novos conhecimentos, buscando novas estratégias e garantindo o direito de acesso às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Segundo NARVAI, a atenção à saúde compreende as atividades de assistência individual, além das ações sobre as causas das doenças, sejam estas de quaisquer natureza (biológica, sociais, econômicas ou políticas). Essas ações são englobadas num campo que ultrapassa a assistência odontológica e ganham o espaço extraclínica conformando o que poderíamos chamar Saúde Bucal Coletiva.

“Se concordamos que o processo saúde/doença é socialmente determinado, devemos falar em práticas de saúde bucal ao invés de prática odontológica (integral ou não), pois as ações necessárias a manutenção da saúde têm como sujeitos não apenas os profissionais da área (CD,THD ou ACD) com suas práticas clínicas restritas, mas também outros sujeitos sociais desenvolvendo práticas as quais, repercutindo na saúde, não são práticas clínicas”(NARVAI, 1994).

NARVAI, explica a Saúde Bucal Coletiva através de 3 conceitos que julga fundamentais para a constituição deste referencial teórico-metodológico:

- 1- A politização dos agentes etiológicos à saúde é condicionada pelos distintos modos sociais de viver, os quais por sua vez, são engendrados pela e na própria sociedade humana. Ainda aqui se pode compreender melhor o risco biológico como expressão política.
- 2- Vinculação ao campo das práticas coletivas em saúde. Refere-se a interdisciplinariedade das práticas, no reconhecimento dos vários saberes que aportam o mesmo objeto, não mais

através de intervenções compartimentadas, mas sim pela consciente e mútua cooperação no trabalho dos vários agentes de saúde.

3- As ações de natureza coletiva – Relações políticas que se estabelecem entre vários atores sociais, isto é, que se manifestam através das trocas entre os cidadãos usuários, na direção da participação popular e do controle social do SUS (1994, p. 12).

Sobre o tema da politização das questões sanitário-buciais CORDÓN & GARRAFA apud LIMA, 1996, afirmam que: “A questão da saúde bucal da população brasileira tem sido deliberadamente reduzida a uma questão odontológica, quando significa muito mais do que isso. É um problema social coletivo (grupos no original) e, portanto, de responsabilidade da própria sociedade e não um monopólio dos cirurgiões-dentistas, simples instrumento deste processo maior, cujo sujeito inegavelmente é esta mesma sociedade. A responsabilidade da população na problemática da saúde bucal não significa uma simples responsabilidade individual de fazer ou não fazer limpeza de dentes, de saber ou não o que é cárie, de tomar ou não esta ou aquela medida preventiva. A responsabilidade social se relaciona com o processo de participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas e sociais, na saúde (federal, estaduais, municipais e locais) etc. É conveniente lembrar que esta participação popular no processo decisório em que resgata a cidadania brasileira tem sido deliberada e criminosamente solapada no setor odontológico” (p. 13).

Este programa, nascido das estratégias da saúde da família, apresentou um potencial de universalização enorme na atenção preventiva e promocional. Junto com a fluoretação criou-se a universalização da cobertura assistencial, pois estendeu os PCs até mesmo às populações desprovidas de todo acesso de atenção (ZANETTI-SB, 2000, p. 02).

A Saúde Bucal Coletiva completou a carteira de soluções gerenciais universalizando a atenção preventiva e promocional, consolidando o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS, identificando os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis, pois toda a população (saudável ou doente) fica coberta regularmente. Pelas parcerias, realiza ações de transcendência social e setorial (Idem, p. 03).

Os objetivos da Saúde Bucal da Família de forma geral, na lógica de mobilizar recursos e de apontar diretrizes, procuram estender o modelo de assistência e programação a todas as famílias incluídas no PSF, como também aos demais coletivos. De forma específica, procura os seguintes motivos:

- Político-Sanitários;
- Assistenciais e Gerenciais;
- Recursos Humanos;
- Políticos- Sociais (Idem, p. 04).

As estratégias de promoção e prevenção da Saúde Bucal da Família não geram desperdícios, nem sobreposições e nem redundâncias, pois as populações têm em suas famílias certas vivências. Tais vivências apresentam várias maneiras de relacionamento e de experiências próprias, propiciando a aplicação correta das estratégias e uma delas é a promoção dos PCs (Idem, p. 8).

A frente preventivo – promocional, sem dúvida, tem uma importância significativa na atenção, mas não é de toda suficiente para promover as mudanças substantivas no modelo assistencial, sendo necessário a criação da retaguarda assistencial curativa (idem).

Para universalizar a atenção e criar o contato direto entre os profissionais e população, o que representa um grande desafio para atenção integral em saúde bucal. Temos de articulá-la com a atenção advinda do PSF. Do contrário pode produzir um estado de segmentação programática indesejável (Idem, p. 9).

Também se faz necessário um amplo processo de revisão do modelo assistencial tradicional e um aumento da oferta de serviços e de cobertura, instituindo novas rotinas e modificando aquelas já existentes, para torná-las mais integradas e mais orgânicas aos fundamentos do SUS. Tais medidas não devem ser aplicadas só na vida cotidiana destas famílias, mas também, nas unidades de saúde, nas escolas e nos demais coletivos (Idem, p. 10).

Para oferecer Saúde Bucal da Família no PSF dentro dos modelos de atenção integral, baseados nos princípios do SUS, a atenção deve estar amparada em modelos de programação e de gerência e deve observar vários pressupostos básicos como: humanização, democratização, gestão otimizada, mobilização de recursos, universalização imediata de uma frente preventivo – promocional (idem).

Tudo se completa com uma sólida retaguarda curativa, territorializada, regionalizada e hierarquizada mediante rotinas de referência e contra - referência junto às unidades do PSF e junto às unidades de saúde. A dívida assistencial curativa, vem aumentando com o decorrer dos anos e pode, aos poucos, ser saldada com a lógica integralizadora da atenção. A ação preventiva promocional diminui a necessidade da atenção curativa, verificando-se maior rapidez e eficácia com a vinda de técnicas novas, como a adequação do meio bucal e as restaurações atraumáticas (Idem, p.11).

A programação com ênfase no promocional surgiu em decorrência das tentativas de se inserir a Saúde Bucal Coletiva nos Programas de Saúde da Família (PSF). O exemplo que se tornou mais conhecido foi o de Curitiba, em 1995, com a formação do Distrito Sanitário no extremo sul da região metropolitana, com base na atenção à família. Ali, a Saúde Bucal Coletiva participou com atividades promocionais intradomiciliares e utilizou-se destas atividades para definir quem recebeu a atenção, utilizando critérios de risco e organizando o fluxo de acesso à unidade básica de saúde onde foram desenvolvidas as ações preventivo-promocionais .

A maior crítica a este modelo virtuoso é a concentração da atenção preventiva ainda no espaço limitado da unidade de saúde, bem como a falta de mecanismos arquitetados para articular o atendimento curativo, que potencialize as ações preventivo-promocionais realizadas com a família (LIMA et al, p. 33).

Outro exemplo de Saúde Bucal Coletiva no PSF é a experiência docente-assistencial desenvolvida nas atividades do curso de especialização do Departamento de Ciências da Saúde da UnB. De dez/1999 a dez/2000, o professor Carlo Henrique Goretti Zanetti organizou uma prática visitadora não só com ações promocionais, mas também com ações preventivas intra-domiciliares rotineiras. As ações foram feitas por aluno graduandos com visitas mensais,

mediante uma equipe de saúde bucal ampliada constituída de pessoal local voluntário da Pastoral da Saúde da Igreja Católica, sob a orientação dos CDs alunos do curso.

Os resultados obtidos são promissores, não só em termos de cobertura e de baixo custo, como também em termos de impacto preventivo, pois se universalizou a atenção, considerando todos os habitantes e todas as famílias como pacientes de alto risco. Também em termos de impacto político-promocional, trabalhando com a idéia de autocuidado e estendendo a noção de controle social ao cidadão comum não organizado.

A maior crítica deste exemplo é o afastamento destas ações da lógica assistencial, pois ela não é rotineira na rede de serviços. Outra crítica é o desafio de articular a atenção curativa em novas bases assistenciais mais eficientes, mais resolutivas, mais baratas, de alto valor agregado e mais humanizadas.

A população-alvo programática deve ser as famílias atendidas pelo PSF, atingindo todos os membros de cada uma delas, procurando 100% de cobertura tanto no preventivo-promocional como na parte curativa. A atenção deve ser estendida, não só ao coletivo amplo das famílias, mas também aos outros coletivos restritos de todos os espaços sociais como os internos das unidades de saúde, como os grupos de gestantes, diabéticos, idosos, hiper-tensos, crianças, adolescentes etc. Ela deve chegar aos internos em enfermarias, aos que estão em filas de espera e aos pertencentes a outros sistemas de proteção social como escolas, creches, associações, agremiações, igrejas, espaços de trabalho, grupos de auto – ajuda, etc. (BRASIL, 2000, p. 1).

Os recursos humanos da Saúde Bucal, no PSF, devem ser de uma equipe mínima ideal, formada por um Cirurgião - Dentista (CD) e dois auxiliares sendo um Técnico em Higiene Dental (THD) e outro na função de Auxiliar de Consultório Dental (ACD) (Idem).

A qualificação destes auxiliares, deve ser feita através de diplomação dos THDs e capacitação dos ACDs, definidas pela Comissão Intergestores Bipartite estadual. Para cada duas equipes de PSF deverá ser criada uma equipe de Saúde Bucal da Família, cobrindo duas mil famílias, entre cinco mil a oito mil pessoas. Os profissionais cumprirão uma jornada de trabalho de 40 horas semanais (Idem, p. 2).

Com a inclusão da equipe de saúde bucal, fecha-se com chave de ouro toda a re-qualificação da intersetorialidade e se completa a inclusão e observação das estratégias de atenção dentro dos princípios do SUS: universalização, descentralização, integralização e controle social no atendimento.

Os ganhos aumentam as possibilidades de universalização da retaguarda curativa, chegando até aos adultos, que constituem uma faixa menos assistida na atenção programática, o que poderá ser feito por cotas ou por alavancagem. Estas oferecidas aos adultos que influenciaram e fizeram sucesso no preventivo-promocional dos componentes mais assistidos de sua família (geralmente crianças de 6 a 14 anos).

O apoio do Ministério da Saúde para a inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família foi consolidado com a Portaria n.º. 1444, de 28 de Dezembro de 2000 e regulamentado pela Portaria n.º 297 de 6 de Março de 2001 , estabelecendo incentivo

financeiro e instruções para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios brasileiros.

Os dois únicos casos identificados de atenção sanitário-bucal intradomiciliar são o de Curitiba e o das ações docente - assistenciais do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da UnB, realizadas na cidade satélite do Paranoá, em 1996.

7.5.2 Originalidade do PSF da UnB-DF

O conceito de conjuntura histórica é utilizado por historiadores. Ele foi adaptado pelo professor e pesquisador Nilson do Rosário Costa na área da saúde para "conjuntura sanitária". Entre as conjunturas que marcaram a saúde pública, COSTA destaca a Conjuntura Oswaldo Cruz, seguida pela conjuntura Carlos Chagas (1985, p. 121)

Vale destacar que na conjuntura Oswaldo Cruz, na primeira década do século XX, o expediente das "visitas domiciliares" se dava na lógica campanhista. O espaço das moradias tornou-se espaço de práticas sanitárias, uma vez que as casas passavam por um processo de inspeção, vigilância e saneamento no esforço de erradicação da febre amarela. Para tanto foram constituídas "Brigadas Mata-mosquito". A lógica de ação constituiu-se no sincretismo das visões de saúde disponíveis na época, amalgamando o padrão da Polícia Médica Alemã (vigiar, controlar e punir) com elementos de Urbanismo Francês (dado o remodelamento do espaço urbano - várias casas foram simplesmente demolidas por razões sanitárias), Sanitarismo Inglês (dada as ações recaírem principalmente sobre as camadas mais empobrecidas da população, no sentido de intervenção, controle e punição com vistas ao exemplar) e da Bacteriologia (afinal Oswaldo Cruz foi discípulo de Pasteur (ZANETTI, 2000).

Já na conjuntura Carlos Chagas, a partir de 1923, sob influência da Saúde Pública Norteamericana, foram criados os primeiros Centros de Saúde no Brasil, organizados a partir do trabalho assistencial da enfermeira visitadora que, fora da lógica campanhista de antes, agora rotinizava o trabalho de visitas a serviço de uma rede básica. O primeiro Centro de Saúde foi implantado no Rio, em Inhauma. Note bem que os Centros de Saúde, diferentemente das campanhas, passaram a constituir uma estrutura assistencial básica permanente. A permanência e a ação contínua eram características que as campanhas de Oswaldo Cruz não possuíam (Idem).

Ao longo dos anos 40, 50 e 60, sob a conjuntura do Sanitarismo Desenvolvimentista, novamente as visitas foram utilizadas pelo DNERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais). Agora, sem recursos para criar Centros de Saúde pelo país afora, a "saída" encontrada foi fazer visitas domiciliares operando "campanhas rotinizadas" de erradicação de endemias nas zonas rurais brasileiras (BODSTEIN, 1989, p.160).

Também após 1942, os esforços "visitadores" foram seguidos pelos Agentes de Saneamento da Fundação SESP no sentido da vigilância e melhoramento das condições de saneamento das moradias nas áreas assistidas (ZANETTI, 2000).

Em resumo, a visita domiciliar como estratégia de assistência, seja para campanhas ou seja para saúde ou saneamento, são estratégias antigas no país. Obviamente não podem ser

denominadas de Saúde da Família porque essas visitas se deram em esforços despendidos segundo paradigmas de saúde e de assistência distintos.

A originalidade da proposta da UnB, criada pelo Prof. Carlo Henrique Goretti Zanetti, é paradigmática. Especificamente no que diz respeito ao paradigma da programação e gerência em Saúde Bucal. Isso porque no caso, buscou-se o espaço do domicílio como espaço efetivo de prática programada de saúde bucal. Nesse espaço começou-se com pioneirismo a realizar os clássicos PC (procedimentos coletivos) até então aplicados só em escolas públicas e outros coletivos restritos. Com isso criou-se uma "frente preventiva e promocional" de procedimentos no espaço concreto do domicílio. Paralelamente ao desenvolvimento tecnológico da frente preventiva e promocional nos domicílios, houve um esforço também para criar um "modelo de atenção" que contasse com uma "retaguarda assistencial curativa" prestada pelas equipes clínicas nas unidades básicas de saúde, e orientada pelos princípios do SUS (em especial: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e controle social).

As razões para tal busca se deveram ao desejo de redefinir o modelo de Atenção Básica Integral. No movimento de ida aos domicílios sempre existiu, desde o primeiro momento, como elemento desencadeador do novo, a percepção de três situações: de um lado tinha-se (e tem) um contexto de enorme escassez de recursos clínicos; de outro lado tinha-se (e tem) a certeza do sucesso preventivo e promocional dado o impacto reconhecido das ações preventivas e promocionais; por fim, já se acreditava nas restaurações atraumáticas como expediente de expansão da resolutividade clínica e de potencialização dos ganhos preventivos e promocionais (afinal, a pessoa que teve sua boca "adequada" incorpora e valoriza melhor as noções de auto-cuidado em saúde bucal. Por outro lado, o impacto da "fluorterapia" é maior e fica bem mais fácil buscar a eliminação da incidência de cárie) (ZANETTI, 2000).

Havia uma grande percepção da externalidade da Odontologia. Afinal o dentista estava vinculado ao médico e esse às famílias; ou seja, não se pretendia uma relação direta do dentista com as famílias, relação esta mediada pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, mas sim uma relação entre dois programas existentes: o da Odontologia e o da Saúde da Família.

Caso semelhante foi a proposta de inclusão da Saúde Bucal no PSF de Curitiba. Contemporânea aos esforços da Universidade de Brasília, também em 1995, Curitiba apresentou sua primeira proposta. O enfoque das ações de atenção era domiciliar, uma vez que a ênfase recaía em referência e contra-referência, ou seja, na articulação da Saúde Bucal com o PSF. Vale destacar, à guisa de justiça e reconhecimento, que a Secretaria de Saúde de Curitiba foi sim a primeira secretaria de saúde a implantar na rede do SUS, no Brasil, a Saúde Bucal no PSF.

Nesta conjuntura a inserção na Saúde Bucal no PSF foi feita como esforço de busca por soluções a partir da realidade de suas redes assistenciais: redes sólidas, redes com profissionais e capacidade instalada em volume considerável. Digamos que, assistencialmente, essas estruturas são de redes relativamente "ricas" em recursos e com equipes e serviços de Odontologia fortes e organizados. Daí, articular mundos programáticos distintos (o do PSF e o da Odontologia) é o caminho mais óbvio do que o de reconstruir e unificar mundos programáticos distintos, algo a que a realidade de escassez impelia.

Já que em Curitiba a descentralização da gestão e da administração em saúde era muito grande, o projeto que nasceu "externo" ao PSF na sua primeira formulação, a partir dos anos seguintes foi "internalizado" na grande maioria das equipes que passaram a criar e a desenvolver uma frente preventiva e promocional domiciliar em suas áreas de abrangência, junto aos domicílios e demais espaços coletivos (escolas, creches, etc.). Aconteceram algumas distorções, tais como, em algumas unidades os Cirurgiões-dentistas dedicavam 50% de sua jornada para atividades visitadoras (totalmente desmonopolizáveis e transferíveis a ACS treinados), às custas da redução da jornada clínica (essa jamais será desmonopolizável). Contudo vale destacar que em Curitiba, até hoje, frente à multiplicidade de processos locais, ainda não se formulou um "modelo de programação" orgânico, desenvolvido e estruturado para a inclusão da Saúde Bucal no PSF.

Diante do exposto, percebe-se que a atenção bucal visitadora intradomiciliar não existia em 1995.

Foi nessa época que se aplicou os PC nos domicílios. Foram testadas, desenvolvidas, corrigidas e aprimoradas "com pioneirismo mundial" as tecnologias sanitário-bucais de atenção domiciliar. Esgotou-se essa tarefa de ciência e tecnologia para o SUS em 1998. Já a tarefa de articular programaticamente a frente preventiva e promocional a uma retaguarda curativa; e não só isso, mas também a tarefa de articular a programação da Saúde Bucal da Família de forma orgânica a toda rede de atenção básica em saúde bucal (Pronto Socorro; Ambulatório Cirúrgico; Hospital; Bebê-Clínica; Gestante; Escolar e referências especializadas); essas têm sido tarefas ininterruptas de ciência e tecnologia travadas dentro do Pólo de Saúde Bucal da UnB, desde 1995.

7.6 - O caso de Curitiba

No caso de Curitiba, as ações de saúde bucal familiares foram estritamente promocionais e definiram o acesso aos serviços preventivos e curativos segundo critérios de risco. No segundo caso as ações foram preventivo - promocionais e não tiveram referência para os serviços curativos porque ela não estavam integradas à rotina dos serviços públicos de saúde (LIMA et al 1996, p.64).

No Projeto de Saúde da Família em Curitiba, conforme está no documento Inserção da Odontologia no Projeto de Saúde da Família - Projeto para Unidade Saúde Jardim da Ordem (segundo LINHARES, apud Lima et al, 1996) foi apresentada uma proposta de discussão sobre a reorganização do processo de trabalho frente a cárie e a doença periodontal nas Unidades de Saúde e buscou-se favorecer a abordagem destes problemas na ótica da Promoção de Saúde, aplicando os princípios básicos da Saúde da Família:

- 1 – A Equipe de Saúde estimula o paciente ao autocuidado de saúde;
- 2 - Trabalhar com uma população definida, reconhecendo grupos de risco à saúde;
- 3 - O centro de atenção da equipe de saúde é o paciente/família e não a doença.

A política de Saúde Bucal propôs três vertentes de atuação odontológica:

- 1 – Ações de Educação em Saúde.
- 2 – Ações programadas direcionadas a grupos pré - estabelecidos: escolar, creche, gestante, lactente e famílias com alta atividade de doença (A.A.D.).

3– Pronto atendimento.

O modelo operacionalizado apresentou fases e em cada fase a característica foi a Universalização da Atenção com mudanças no quadro epidemiológico:

ESTABILIZAÇÃO – Reduzir a incidência através de técnicas que favorecem a cronificação das lesões.

REABILITAÇÃO – Restabelecer a função e a estética bucal.

DECLÍNIO – Reduzir a necessidade de intervenção profissional através da interferência da sociedade sobre os conhecimentos da saúde - doença Bucal.

O projeto abrangeu 1600 famílias numa população estimada de 6316 habitantes e denominou-se: Unidade de Saúde Jardim da Ordem e tinha como propostas:

1. Instalar na US Jardim da Ordem, uma clínica odontológica para iniciar suas atividades com inauguração do novo prédio.
2. Que o processo tivesse início, com as visitas domiciliares, para 100% das famílias da área de abrangência.
3. Que as visitas fossem realizadas por duplas de profissionais compostas por um profissional da área médica e um da área odontológica. Considerando duas equipes de odontologia estabelecidas para a US Jardim da Ordem (2 T.H.Ds, 4 A.C.D. e 2 C.Ds) que podiam formar 8 duplas.
4. Que nas visitas fossem aplicados questionários para reconhecimento das condições gerais da qualidade de vida e saúde das famílias da área.
5. Que nas visitas domiciliares fossem realizado um exame visual da cavidade oral utilizando espátula de madeira para que se pudesse levantar a condição de Saúde bucal dos componentes da família e identificar as famílias de AAD (Alta Atividade da Doença) que seriam encaminhadas para a US, para agendamento e programação do atendimento odontológico segundo os conceitos da inversão da atenção; onde o primeiro momento é realização da estabilização do processo da doença.
6. Que nas visitas domiciliares seriam feitas orientações sobre higiene oral, aconselhamento dietético, fluoterapia, esclarecimento sobre o processo Saúde - Doença da cárie e doença periodontal, estimulando o auto - cuidado de sua saúde.
7. Que a fase de reabilitação (2º momento) fosse programada para iniciar após o término das visitas domiciliares/estabilização do processo da doença, o que ficou apazado em um ano.
8. Que a fase de reabilitação fosse orientada, inicialmente, segundo o princípio das prioridades, ficando estabelecido o atendimento para a faixa etária até 14 anos.
9. Que o Projeto de Saúde Bucal considera os determinantes e condicionantes do processo Saúde-doença e reforça a necessidade da atuação intersetorial.

Concluiu-se que as conquistas, a eficácia e o exercício saudável do PSF necessitam de Planejamento, Programação e Gerência, onde os gestores de serviços públicos são elementos imprescindíveis para toda esta realização, mas que estejam bem informados e engajados nas metodologias garantidas pelos órgãos competentes e pelas Universidades que sempre oferecem cursos e parcerias.

7.7 - A experiência do Paranoá-DF

No Paranoá segundo ZANETTI & LIMA (1996), as atividades do Departamento de Odontologia da UnB, foram iniciadas em 1994, enquanto as práticas do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva aconteceram em 1995. No início foi feito

todo um trabalho de sondagem das instituições, governamentais ou não, que atuavam naquela localidade, bem como um trabalho de relacionamento do Curso de Especialização e as lideranças locais.

Também foi iniciado neste ano esforços de programação local em saúde bucal articulando estratégias de base familiar para se experimentar a viabilidade prática e política das ações de promoção de Saúde Bucal e de prevenção das doenças bucais.

Em 1995, o Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, na busca de desenvolver novas tecnologias gerenciais em Saúde Bucal Coletiva para o SUS, dedicou-se a pesquisar a viabilidade de se trabalhar a Saúde Bucal no PSF, aplicando as tecnologias preventivo-promocionais, já praticadas em espaços de coletivos restritos, como medida de massa tomando o domicílio como espaço de prática e a família como coletivo ampliado e universal.

Para tanto, recorreu-se à seleção familiar realizada pelo programa Bolsa-Escola e Programa Bolsa Familiar para a Educação. Das 1.500 famílias assistidas pelo programa, foram selecionadas 600 famílias para o projeto piloto em Saúde Bucal.

Todo apoio material para a realização das atividades no Paranoá, foi conseguido, o que implicou numa volumosa compra de cremes dentais, escovas de dentes, gel com flúor, fuccina e pulverizadores manuais. Os resultados deste trabalho foram muito satisfatórios e reconhecidos.

Mediante o fornecimento de todo o material necessário, pelo Núcleo Normativo de Odontologia da FHDF, foram duas as naturezas das ações em Saúde Bucal junto às famílias: Preventiva - realizada com método de escovação supervisionada (de placa revelada) e o de aplicação tópica de flúor gel em escova dental; Promocional - estabelecimento de relações pedagógicas entre Cirurgião-dentista, agente visitador e moradores para a transformação e expansão do conhecimento popular sobre as questões de saúde bucal.

Estas medidas em Saúde Bucal Coletiva são amplamente reconhecidas pelos serviços sociais em sua efetividade. Entretanto, a grande novidade da iniciativa do curso foi a de ter realizado as ações num espaço até então desconhecido para a Odontologia mundial: o espaço complexo, dinâmico e estruturado da família, principalmente em famílias no limite da exclusão social.

Tudo que o Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva fez no Paranoá, ocorreu em função da disciplina Estágio Comunitário. No Estágio foram realizadas atividades de estudos e investigações de modelos assistenciais em saúde bucal mais orgânicos à constituição do SUS.

O aluno no estágio procurou exercitar soluções gerências num processo progressivo de capacitação para planejar, executar e avaliar ações programáticas. A programação teve como base um modelo de atenção voltado à família, e se fez orientada pelo agir participativo e comunicativo do aluno junto à sua equipe de voluntários, às lideranças comunitárias e aos cidadãos usuários.

As atividades possibilitaram expor o aluno aos desafios e à complexidade da modificação de um modelo assistencial frente aos princípios de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização e controle social. As atividades objetivaram também desenvolver o conceito de vínculo entre serviço de saúde bucal e população assistida (organizada ou não).

O Estágio Comunitário foi desenvolvido a partir de sete conjuntos de atividades distintas e articuladas:

- Constituição das Equipes de Saúde Bucal;
- Capacitação dos voluntários das equipes;
- Atendimento curativo às necessidades sanitário - bucais dos voluntários;
- Levantamento das condições de saúde bucal das famílias a serem assistidas;
- Programação, execução e avaliação das ações preventivo - promocionais orientadas por um Plano de Atividades Domiciliares em Saúde Bucal elaborado por cada equipe;
- Discussão dos casos sanitários - bucais familiares;
- Registros das atividades.

A constituição das Equipes de Saúde Bucal se fez quando os alunos do curso, em dupla, identificaram no mínimo quatro voluntários moradores do Paranoá para cada equipe e fizeram a escolha de tais voluntários a partir do contato estabelecido com as lideranças comunitárias e representantes de instituições bem atuantes na comunidade.

A capacitação destes voluntários se fez em três processos:

- um processo comum a todas equipes e a todos os voluntários, ministrada pelos professores do Estágio;
- um outro individual e interno a cada equipe, realizado sob orientação dos alunos que chefiaram cada equipe;
- o último processo também individual e interno mas contínuo e promovido ao longo da execução das atividades.

O levantamento das condições de saúde bucal das famílias assistidas foi feito em 1985, para atualizar os dados levantados nas atividades deste mesmo curso iniciado em 1994 e pesquisar as famílias não incluídas no estudo anterior. Foram feitas 2.274 entrevistas e exames clínicos individuais, reunindo assim dados suficientes para o melhor conhecimento da situação de saúde bucal da comunidade.

O Plano contou com um cronograma detalhado das atividades e cada equipe ofereceu uma cobertura a uma média de 40 famílias domiciliadas no Paranoá. Era cobrado das equipes no mínimo:

- a visita mensal a cada família;
- a realização de revelação de placa e escovação supervisionada com toda a família;
- utilizar o método fluoretação tópica junto à família;
- promover a redução do consumo familiar de açúcar;
- a presença dos alunos na primeira e na última visita que a equipe fez à família.

O registro das atividades foi feito mediante a apresentação por equipe e a avaliação dos alunos foi feita mediante critérios objetivos:

- Cumprimento de no mínimo 85% da carga horária total e assiduidade;

- Cumprimento das atividades obrigatórias;
- Qualidade e pontualidade na apresentação dos trabalhos e relatórios;

Uma outra realização do Estágio foi o atendimento curativo das necessidades sanitário-bucais dos voluntários. Isto se fez como obrigação dos alunos para com os voluntários de sua equipe e coube a estes dentistas buscar os meios necessários para tanto.

Avaliando as atividades desenvolvidas no Paranoá e observando a experiência acumulada permitiu concluir que:

- 1 - As ações e medidas preventivo - promocionais no espaço da família é plenamente viável, pois elas mostram-se programaticamente estimulantes e pedagogicamente ricas.
- 2 - O nível de cobertura alcançado por estas medidas está diretamente relacionado à quantidade de horas gastas com as visitas, bem como à quantidade de horas dos gerentes.
- 3 - A condição de voluntário dos agentes visitantes não dá garantias mínimas de continuidade de suas atividades. Em resumo, falta compromisso entre serviços e visitantes.
- 4 - Foi extremamente importante o atendimento curativo das necessidades sanitário - bucais dos voluntários.
- 5 - As ações e medidas sanitário-bucais de caráter preventivo e promocional no espaço da família devem ser amparadas por ações curativas clínicas (cirúrgica e restauradoras).
- 6 - A potencialidade destas ações devem ser fortes o suficiente para alavancar toda uma mudança no paradigma da assistência médica básica desde que tenha como ponto de apoio uma sólida base política, técnica e material programaticamente arquitetada (ZANETTI, LIMA et al 1996, p. 68).

ANEXO 1

MS-Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando:

- O Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para consolidação do Sistema Único de Saúde;
- A necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, - prevenção e recuperação da saúde bucal;
- A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da saúde bucal na população;
- A necessidade de incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica por meio da implantação de suas ações no Programa de Saúde da Família, resolve:

Art. 1º- Criar o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

Art. 2º- Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Art. 3º- Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I: Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário R\$ 13.000 (treze mil reais).

Modalidade II: Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental – R\$ 16.000 (dezesseis mil reais).

Parágrafo único. Os recursos financeiros mencionados serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Art. 4º- Estabelecer a seguinte relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família:

I - Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;

II - Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família;

III - Para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderá ser implantada uma equipe de saúde bucal, com uma ou duas equipes de saúde da família implantadas.

Parágrafo único - Os municípios estabelecerão as formas de inserção das equipes e das ações de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família considerando a atual capacidade instalada de equipamentos de odontologia e as modalidades inovadoras de reorganização da atenção à saúde bucal

Art. 5º-Estabelecer o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

1º -O incentivo adicional de que trata este Artigo será pago em parcela única, logo após a implantação da equipe de saúde bucal.

2º -Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo adicional, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Art.6º - A qualificação dos municípios ao incentivo de Saúde Bucal deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, que remeterá mensalmente, à Secretária de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, a Resolução contendo a relação dos municípios qualificados, com a discriminação da quantidades de equipes e sua composição.

Art. 7º- O banco de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB deverá ser alimentado mensalmente com as informações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e fornecerá os dados necessários para o cálculo do incentivo de Saúde Bucal.

Art. 8º- Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde.

Art. 9º- Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.0001.0589 Incentivo Financeiro a Municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica PAB, para a Saúde da Família.

Art. 10º- A Secretária de Políticas de Saúde editará normas para a regulamentação da presente portaria.

Art. 11º- Esta portaria entra em vigor a partir de 1* de Janeiro de 2.001.

MIN. DA SAÚDE JOSÉ SERRA

ANEXO 2

MS-PORTARIA N.º 267/GM DE 06 DE MARÇO DE 2001

O Ministério de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de: Regulamentação da Portaria n. 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);

- Ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como a prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;
- Melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;
- Inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, resolve:

Art. 1º- Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO I, que integra esta Portaria.

Art. 2º- Explicitar no ANEXO II desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 3

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A) INTRODUÇÃO

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS – que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família – PSF – do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas quer em termos de promoção quer de proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientação neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

B) OBJETIVOS

O presente Plano tem por objetivos;

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

BASES PARA REORIENTAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- Adstrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- Integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- Articulação da referência e contra referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- Definição da família como núcleo central de abordagem;
- Humanização do atendimento;
- Abordagem multiprofissional;

- Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- Educação permanente dos profissionais;
- Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF.

A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:

1.1. Modalidade 1, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD);

1.2. Modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.

A relação de equipe de saúde bucal –ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:

- Cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;
- Nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantadas ou em processo de implantação; e
- A adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;
- As equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;
- As ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;
- Os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;
- As ações de prevenção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;
- O registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;
- O processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação das políticas do âmbito do Ministério da Saúde;

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL.

ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF.

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
 - Desenvolver ações intersectoriais para a promoção da saúde bucal.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO DENTISTA (CD)

- Realizar exames clínicos com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.
- 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).
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adstrita.
- Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.
- Realizar atendimentos 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 de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o plano de prioridades locais.
- Coordenar ações de assistência coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal.
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e pelo ACD.
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações coletivas.
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – todos os procedimentos realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD).

Realizar sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.

Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.

Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).

Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;

Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos das equipes de saúde da família no tocante à saúde bucal.

Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD).

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD).

Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentais utilizados.

Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidênciação da placa bacteriana. Preparar o instrumental e materiais para o uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).

Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.

Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

Agendar e orientar o paciente quando ao retorno para manutenção do tratamento;

Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;

Realizar procedimentos coletivos escovação supervisionada de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.

Registrar no SIAB os procedimentos de sua competência realizados.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças mais prevalentes no seu território de atuação.

Identificar espaços coletivos e grupos sociais para desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

Registrar no SIAB os procedimentos de sua competência realizados.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.

Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

Prestar acessória técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.

Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas no incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.

Elaborar e editar material didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

Tomar disponível o SIAB como instrumento para monitorizar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.

Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES).

Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS.

Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.

Viabilizar em parceria com o Ministério da Saúde a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação permanente e ou de outras instituições de ensino em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Viabilizar em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD – para atuar nas equipes de saúde da família por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras em articulação com o SMS.

Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

Assessorar os municípios na implantação do SIAB.

Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.

Identificar os recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.

Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

Definir estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangências das equipes de saúde da família.

Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolutividade das ações de saúde bucal no PSF.

Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família em regime de 40 horas semanais por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.

Definir fluxo de referencia e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.

Proporcionar em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.

Proporcionar em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar –THD e ACD – por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras

Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

Alimentar a base de dados do SIAB de acordo com as Portarias que o regulamentam.

Utilizar os dados do SIAB para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

FINANCIAMENTO DE SAÚDE BUCAL NO PSF

A transferência de recursos federais aos estados e municípios que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica vem se efetivando é então por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio do PSF – estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria n.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS:

Aparelho Fotopolimerizador
Cadeira Odontológica
Compressor
Equipo odontológico
Estufa ou autoclave
Mocho
Refletor
Unidade auxiliar

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS:

Alveolótomo
Aplicador para cimento (duplo)
Bandeja de aço
Brunidor
Cabo para bisturi
Cabo para aparelho
Caixa inox com tampa
Condensador Hollemback
Cureta alveolar
Elevadores (alavancas) para raiz
Esculpidor Hollemback
Espátula
Espelho odontológico
Fórceps infantis e adultos
Lima óssea
Pinça Halstead (mosquito) curva ou reta

Pinça para algodão
Porta agulhas
Porta amálgama
Porta matriz
Seringa Carpule
Sindesmótomo
Sonda exploradora
Sinda periodontal milimetrada
Tesoura cirúrgica reta ou curva
Tesoura íris
Tesoura standart

ANEXO 4

ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àquelas constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Procedimentos Coletivos (PC)

Consulta Odontológica – 1ª consulta;

Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;

Aplicação de carióstático (por dente);

Aplicação de selante (por dente);

Controle de placa bacteriana;

Escariação (por dente);

Raspagem, alisamento e polimento – RAP (por hemi-arcada);

Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);

Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por dente);

Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);

Capeamento pulpar direto em dente permanente;

Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;

Restauração a pino;

Restauração com amálgama de duas ou mais faces;

Restauração com amálgama de uma face;

Restauração com compósito de duas ou mais faces;

Restauração com compósito de uma face;

Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;

Restauração com silicato de uma face;

Restauração com silicato com duas ou mais faces;

Restauração com fotopolimerizável de duas ou mais face;

Restauração com fotopolimerizável de uma face;

Restauração com ionômero de vidro de uma face;

Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces

Exodontia de dente decíduo;

Exodontia de dente permanente;

Remoção de resto radicular;

Tratamento de alveolite

Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;

Ulotomia;

Ulectomia;

Glossorrafia;

Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente.

9 - Referência bibliográfica.

- 1 AFONSECA, Deborah Rodrigues; BORBA, Flávia Marques; MAIA JUNIOR, Antônio Gonçalves. **Cidades Saudáveis: Uma proposta para o entorno do Distrito Federal**. Brasília, 1998. Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Especialista. Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, Departamento de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Orientador: Flávio A de Andrade Goulart.
- 2 AGENDA 21. Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1996
- 3 ALENCAR, Ananita Helena Teixeira; PEREIRA, Maria Claudia; MOURA, Sebastião Batista de. **O Planejamento em Saúde e a Programação Governamental da Atenção Preventiva em Saúde Bucal no Distrito Federal: O caso dos Programas PISE (FEDF); Cárie Zero(FHDF); Saúde Bucal da Família**. Monografia. Brasília, 1977.
- 4 ASSAD, Raquel. **A fluoretação da água em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1986.
- 5 BASTOS, José Roberto de Magalhães; MORITA, Maria Celeste. Flúor: bebida aditivada. **Revista ABO Nacional**, São Paulo, VOL. 6, Nº 3, 134-137, jun/jul 1998.
- 6 BODSTEIN, Regina Cele de A; FONSECA, Cristina M. Oliveira. Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: Costa, Nilson do Rosário. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: ed. Vozes, 1989. P. 67-90.
- 7 BRASIL. Portaria Nº 22 de 20 de dezembro de 1989. Regulamenta concentração de flúor nos enxaguatórios bucais e dentifrícios comercializados no Brasil. Publicada no **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 24.111, 22 dez. 1989.
- 8 BRASIL. Min. da Saúde. Resultados de Aimorés e Baixo-Guandú. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol.IX, 301-333, 1957.
- 9 _____. BASTOS, N. C. de Brito. Aspectos Educacionais na Promoção de Programas de Fluoretação em Abastecimento de Água. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol. XV, Nº 2, 33-57, 1970.
- 10 _____. GRINPLASTCH, Bernardo Schnitzer. Fluoretação de Águas de Sistemas Públicos de Abastecimento. **Rev. da FSESP**, Tomo XV, Nº 2, 08-68, 1970.
- 11 _____. Experiência no Brasil com Emprego da Fluorita na Fluoretação da Água Potável. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol.XVII, Nº 1, 122-133, 1972.
- 12 _____. FREIRE, Paulo da Silva. O problema da Cárie Dental no Brasil. **Rev. da FSESP**, Vol. XV, Nº 2, 90-97, 1970.

- 13 _____ DINIZ, Jairo. A Utilização Prática de Alguns Procedimentos de Proteção Específica Contra a Cárie. **Rev. da FSESP**, Vol. XVI, Nº 2, 68-91, 1971.
- 14 _____ CORDEIRO, Renato. Importância da utilização de pessoal não especializado para maior cobertura na prevenção da cárie dental nos meios rurais e urbanos. **Rev. da FSESP**, Vol. XXV, Nº 2, 96-99, 1980.
- 15 _____ MOYTITA, Froylan. Situação atual da fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol. XXVI, nº 1, 67-72, 1981.
- 16 _____ DINIZ, Jairo. Fluoretação do sal. Uma alternativa para a prevenção da cárie da cárie dentária. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol. 27, Nº 2, 90-97, 1982.
- 17 _____ DINIZ, Jairo; CARMO, Caleb Elias do. Experiências num modelo de Plano Educativo Para Prevenção da Cárie Dental Pela Auto-aplicação de Bochechos fluorados. **Rev. da FSESP**, Rio de Janeiro, Vol. XXX, Nº 2, 127-133, 1985.
- 18 _____ PINTO, Vitor Gomes. **Sistema Incremental de Atenção Odontológica para Escolares**. Brasília, 1988.
- 19 _____ MOYSÉS, Simone TeTu; WATT, Richard. **Rev. Promoção de Saúde Bucal – Definições**. 1996, [s. l.; s. p].
- 20 _____ Experiências saudáveis. **Rev. Promoção da Saúde**, Brasília, v.1, n.2, nov/dez. 1999
- 21 _____ Municípios saudáveis – novo conceito de gestão revolucionaria a vida de comunidades. **Rev. Promoção da Saúde**, Brasília, v. 1, n.1, ago/out. 1999
- 22 _____ GENTILLE, Marilena. **Rev. Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1,n. 1, agos/out 1999.
- 23 _____ FINKELMAN, Jacobo. **Rev. Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.2, nov/dez 1999.
- 24 _____ YUNES, João. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.1, Ago./Out. 1999.
- 25 _____ MORAES, Nereide Herreira Alves. **Rev. Promoção da Saúde**.Brasília, ano 1, n* 2, Nov./Dez 1999.
- 26 _____ RESTREPO, Helena. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.1, nov/dez 1999.

- 27 _____ **PACS/P.S.F.** Brasília 22/05/2000.
- 28 BRAVIN, Fábio Pereira; BORGES, Henrique M. F. et al. **Análise da implementação de programas preventivo-promocionais em saúde bucal coletiva em escolas de ensino fundamental e centro de ensino especial de Planaltina-DF.** Brasília, 1999. Monografia (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) - Departamento de Odontologia, UnB.
- 29 BUENDIA, Osvaldo C.S.. Situação Atual da Fluoretação de Águas de Abastecimento Público no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, Nº 17, 226-232, 1983.
- 30 _____ Fuloretação de águas nas escolas: revisão da literatura e proposição para sua adoção no Brasil. **Rev. Associação Paulista do Cirurgião Dentista**. Nº 37, 158-61, jan-fev 1983.
- 31 CALADO, Gisele Silva. **A inserção do Cirurgião-Dentista no programa de Saúde da Família.** Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – FIOCRUZ.
- 32 CARNEIRO, Ana Maria de Oliveira; KOLMOGOROFF, Ivan Figueiró; SILVA, Ângela de Oliveira Assunção. **As Políticas de Saúde para a Zona Rural Brasileira; o caso da Saúde Bucal de Brazlândia no Distrito Federal.** Brasília: Monografia (especialização em Odontologia em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências da Saúde – UNB. 1998.
- 33 CENTRO DE ENSINO ESPECIAL DE DEFICIENTES VISUAIS. **Relatório de atividades.** 1992. Brasília, 1992
- 34 CORDÓN, Jorge Alberto. **A construção de uma agenda para a Saúde Bucal Coletiva.** Brasília, 1991. Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, UnB.
- 35 CORDÓN, J. & GARRAFA, V.. Prevenção versus Preventivismo. **Rev. Divulgação em Saúde para Debates, CEBES**, Londrina, v. 6, out/1991.
- 36 COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das Políticas de Saúde no Brasil.** Petrópolis: ed. Vozes/ABRASCO, 1995.
- 37 COSTA, Nilson do Rosário. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA, Nilson do Rosário. **Demandas populares, políticas públicas e saúde.** Petrópolis: ed. Vozes/ABRASCO, 1989. P. 45-65.
- 38 DINIZ, Jairo. **Contribuição ao estudo do Sistema Incremental de atendimento odontológico.** Salvador, 1987. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia.

- 39 ENATESPO - ENCONTRO NACIONAL DOS ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS (XVI.: 2000: Brasília). **Anais.** Brasília: UnB, 2000.
- 40 GALLO, Edmundo - **Rajave Planejamento.** São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- 41 GDF / FHDF / NNO. **Càrie Zero: Projeto de odontologia social e pública, Distrito Federal, 1991-2004. Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.** Brasília, 01/08/1991. Arquivo da Secretaria de Saúde do DF.
- 42 GRINPLASTCH, Bernardo Schnitzer. Fluoretação de Águas no Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana.** Washington, DC, EUA, Vol. LXXVI, Nº 4, 321-330, abril de 1974.
- 43 INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. Documento de Trabalho Nº 28. Agosto de 1983. Elaborado com a finalidade de oferecer subsídios ao BNH e ao MS para utilização de recursos do FINSOCIAL. VIANNA, Sólton Magalhães; PINTO, Vitor Gomes. **Programa de Fluoretação da Água de Abastecimento Público.**
- 44 MEIRA, A, J. **Modelo de atenção odontológica simplificada a escolares.** Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1985.
- 45 MEIRA, Antônio José de. **Modelo de atenção Odontologica Simplificada a Escolares.** **Belo Horizonte:** Ed. biblioteca da sec saúde de Minas Gerais, 1985.
- 46 MENDES, Eugênio Vilaça et al.. **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do S.U.S.** 4 ed. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1999.
- 47 MENDES, E. V. & MARCOS, B. **Odontologia Integral: bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas. A experiência de Departamento de odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.** Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.
- 48 MENDES, Eugenio Vilaça. **Odontologia Integral.** Belo Horizonte: ed. Fundação Mariana Resende Costa, 1985
- 49 MIRANDA, Maria da Penha A. F. et al. **Estudos sobre ataque de cárie e seus componentes em crianças portadoras de necessidades especiais matriculadas em cinco centros de ensino especial na rede pública do Distrito Federal.** Brasília, 1996. Monografia (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) – Departamento de odontologia, UnB.
- 50 MIRANDA, Naya Neves de. **A História da Fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Brasil: o caso do Distrito Federal.** Brasília, 1997. Monografia (Especialização em Saúde Bucal Coletiva) – Departamento de Odontologia, UnB.

- 51 MORAES, A.B.A. **Saúde Bucal do Bebê**. Trabalho apresentado na IV Jornada Odontológica de Piracicaba, Piracicaba, 1997.
- 52 NASCIUTTI, Maria Abadia; **Goiânia Sorrindo**. Goiânia, 1996. Trabalho de especialização em odontologia em saúde coletiva. Disciplina de Atenção em Saúde bucal Coletiva. Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília.
- 53 NARVAI, Paulo Capel. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Rev. Ciência, saúde coletiva**. São Paulo, Nº 5, 381-92, 2000.
- 54 NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994
- 55 NOBRE, Miguel. Nós, os incluídos. **Jornal do CFO**. Rio de Janeiro, nov/dez 2000.
- 56 OLIVEIRA, Mirna Rodrigues de Queiroz; VARELA, Maria Helena Mendes; OLIVEIRA, Ângelo G. Roncalli da Costa et al.. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-14, jan/mar 1999.
- 57 ODONTOLOGIA (DEP.)/FHDF-SUS/PLANALTINA. **Relatório das atividades práticas dos segmentos de odontologia do PSC em Planaltina 1.998**. Planaltina, 1998.
- 58 OLIVARES, Hector Silva et al. **Simplificacion y desmonopolizacion em Odontologia**. 1 ed., Santo Domingo, Rep Dominicana. Impresos de Calidad, S.A., 1982
- 59 PETRY, Priscila Fabiana; PEREIRA, Renata Siquieroli. **Análise comparativa entre saúde bucal e nível sócio-econômico-cultural**, Brasília-DF, 1997. Monografia (graduação em odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Brasília.
- 60 PINTO, Vitor Gomes . **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: Odontologia e Saúde Escolar**. Brasília, 1980.
- 61 _____ Prevenção da Cárie Dental: a questão da fluoretação do sal. **Revista Saúde Pública**. Brasília, Vol. 16, Nº 1, 66-72, 1982.
- 62 _____ **Serviços Básicos de Saúde: a experiência do PIASS. A Saúde no Brasil**. Brasília, 1983.
- 63 _____ **Saúde Bucal: odontologia social e preventiva**. 3ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1994.
- 64 _____ **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed.. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.
- 65 RIVERA, Francisco Javier Uribe.- **Agir Comunitário e Planejamento Social**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1995.

- 66 ROSAS, Eric Jenner. **A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS, análise de uma experiência.** Rio de Janeiro, 1981. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/FIOCRUZ, 1981.
- 67 ROSMARY, Pace. Flúor, uma arma eficaz contra a cárie. **Pau Brasil**, São Paulo, Nº 8, Ano II, 64-73, set/out 1985.
- 68 ROVIRALTA, Guillermo. **Estratégias para a prevenção da cárie dental nas áreas urbanas e rurais através da utilização do flúor.** Washington, EUA., OMS, 1973.
- 69 SALIBA, Nemre Adas; SALIBA, Orlando. Contribuição ao Estudo Sobre a Eficiência da Aplicação Tópica de Flúor de Uma Solução Acidulada de Flúor e Fosfato. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana.** Washington, DC, EUA, Vol. LXXXII, Nº 2, 145-152, Febrero de 1977.
- 70 SARMIENTO VILLENA, Rita; BORGES, Denise Gonçalves; CURY, Jaime Aparecido. Avaliação da concentração de flúor em águas minerais comercializadas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, Vol. 30, 512-8, dez/1996.
- 71 TAVEIRA, Moura. **Planejamento e Promoção Aproximações diferenciadas ao problema: Elemento para discussão.** Rio de Janeiro: ENSP, 1992.
- 72 TEIXEIRA, Ananita et al. **O planejamento em saúde e a programação governamental da atenção preventiva em saúde bucal no Distrito Federal.** Brasília, 1997. Dissertação (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciencias da Saúde, Universidade de Brasília.
- 73 UNGLERT, Carmen Viera de Sousa. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário.** Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999. 221-237.
- 74 USP. Parecer de 02 de maio de 1992. Fluoretação da águas de abastecimento público. Professor Titular FSP-USP: Dr. Aldo da Fonseca Tinoco. **Faculdade de Saúde Pública: Área Temática de Odontologia em Saúde Coletiva.**
- 75 VASCONCELOS, Maria do Carmo; BARONETTO, Cleide; LÉO, Edney Pereira et al. **O Programa de Saúde Bucal Para crianças Pré Escolares em Araraquara-SP.** **Rev. Odontológica da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 191-196, 1988.
- 76 VIANA, Maria Isabel Pereira. **Estado e Atenção Odontológica no Brasil: Um Estudo sobre a políticas de Saúde Bucal na conjuntura pós-64.** Salvador, 1988.
- 77 VIEGAS, Alfredo Reis . **Cárie dental no Brasil: Magnitude do problema, Epidemiologia e medidas preventivas.** São Paulo, 1961. Faculdade de Saúde Pública da USP.
- 78 WEYNE, Sérgio de Carvalho. **A construção do paradigma de Promoção de Saúde - um desafio para as Novas Gerações.** 1997, [s. l.].

- 79 WERNECK, Marcos Azevedo Furquim. **A Saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Niterói, 1994. Tese (Doutorado em Odontologia Social) Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal Fluminense.
- 80 ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **As marcas do mal estar social no Sistema Nacional de Saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil Dos anos 80.** Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-MS.
- 81 _____. Saúde bucal: um desafio à democratização do setor. **Rev. Saúde em Debate.** Brasília, n. 45, p. 17-22, dez. 1994.
- 82 _____. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo.** Divulgação em saúde para debate, CEBES, Londrina; n.13-prel 1996.
- 83 _____.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.& COSTA, M. A. B. T. **Os desafios da programação e da mudança do modelo assistencial em Saúde Bucal no SUS-DF: uma proposta para Planaltina.** Brasília: mimeo, 1996.
- 84 _____. **Saúde da Família e Planejamento: reflexões sobre o desafio histórico da reforma da assistência à saúde no Distrito Federal.** Rascunho. Brasília, Mimeo, 1997a, p. 14.
- 85 _____. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica: Saúde Bucal da família com equidade e integralidade.** Brasília, UnB, Outubro de 2000.
- 86 _____. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (P.S.F), proposição e programação.** Brasília, Fevereiro 2000.
- 87 _____. **Sistema Incremental: aspectos conceituais.** Brasília, 1998. Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília.
- 88 _____. Reforma do Estado e saúde. **Rev. Ação Coletiva,** Brasília, v. 1, n 3, p. 15-23, jul./set. 1998.
- 89 _____. **Modelos de Incremental; fluoretação das águas de abastecimento público.** Brasília, 2000. Departamento de Odontologia, UNB.
- 90 _____. **Estudo do Documento do MS para implantação das ESB no PSF.** Brasília, out/2000. Dep. de odontologia, UNB.
- 91 _____. **Por um caminho sustentável para Universalização da atenção básica.** Brasília, fev/2000. Saúde Bucal da Família- Departamento de Odontologia, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília.
- 92 _____. **A crise e a perda da sustentabilidade da**

Odontologia Brasileira: perspectiva para uma agenda 21 da Saúde Bucal.
Brasília, out. 2000. Anteprojeto (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

- 93 _____ **Entrevista concedida a Eudes Davi Cordeiro.** Brasília, 09 nov. 2000.
- 94 _____ **Entrevista concedida a Hélio França Marques.** Brasília, 10 nov. 2000.
- 95 _____ **Entrevista concedida a Júlio César Mendes.** Brasília, 23 nov. 2000.
- 96 _____ **Entrevista concedida a Thales Vilas Boas Fonseca.** Brasília, 24 nov. 2000.
- 97 _____ **Entrevista concedida a Daniela Honda.** Brasília, 25 nov. 2000.
- 98 _____ **OPINIÃO:** A inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. Janeiro de 2001.

