

**RODRIGO SOARES MARTINS**

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  
MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL**

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS  
2011**

***ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:***  
**MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, para  
a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira

**ARAÇUAÍ/MINAS GERAIS**  
**2011**

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agradeço sobretudo a Deus, por estar sempre presente em minha vida.

A minha orientadora Efigênia pela paciência e dedicação.

Ao meu filho **Bernardo**, que ora chega, pela alegria que me proporciona mesmo antes de seu nascimento.

À minha família, em especial à minha esposa **Andréia**, pelo carinho e apoio incondicional.

"Amar por amar, antes não amar direito, pois se amar torto e confusão de sentimentos, então antes amar perfeito, e não amar só em alguns momentos."

**NUNO CABRAL**

## RESUMO

A elaboração do presente trabalho tem como principal objetivo o estudo dos diversos modelos assistenciais em saúde bucal, através da revisão da literatura. Para tanto foi realizado um estudo através da leitura de diversos artigos científicos, em sua maioria arquivos eletrônicos no formato pdf, consultados nos principais sites do gênero como: Lilacs, Ibecs, Medline, Biblioteca Cochrane e, Scielo. A pesquisa ocorreu no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011, totalizando 03 meses de estudo. Foram analisadas as diversas tentativas, ao longo dos anos, de se estabelecer um modelo efetivo em saúde bucal. Dentre os modelos estudados destacam-se o Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção (PIA), Atenção Precoce (Odontologia para Bebês) e as ações de saúde bucal nos Programas de Saúde da Família, uma realidade crescente nos dias de hoje.

**Palavras-chave:** Modelos Assistenciais, Programa de Inversão da Atenção, Odontologia para Bebês.

## **ABSTRACT**

The preparation of this work has as main objective the study of several models oral health care through literature review. We analyzed the various attempts over the years, to establish an effective model in oral health. Among the models examined include the Incremental System, the Inversion of Attention Program (IAP), Early Warning (Dentistry for babies) and the oral health actions in the Family Health Program, a growing reality today.

**Keywords:** Models Relief, Inversion of Attention Program, Dentistry for Infants.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	09
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	11
2.1 Sistema Incremental	11
2.2 Programa de Inversão da Atenção	12
2.3 Atenção Precoce Odontologia Para Bebês	13
2.4 Ações de Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família	14
<b>3. DISCUSSÃO</b>	18
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	21
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	22

## 1 INTRODUÇÃO

Diversos modelos assistenciais foram preconizados dentro da odontologia ao longo dos anos com o intuito de se padronizar a atenção em saúde bucal, na tentativa de se criar um modelo ótimo ou ideal para que a partir daí fossem desenvolvidas as atividades em saúde bucal nas diversas regiões do país.

Esqueceram-se outrora, que seria impossível a confecção de um modelo padrão, tendo em vista as diferenças gritantes existentes nas diferentes regiões do Brasil, no que diz respeito ao clima, cultura, aspectos demográficos, socioeconômicos, dentre outros.

Para que tenhamos maior entendimento a respeito da expressão modelo assistencial, vejamos o que diz o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990): o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.

*“No entanto, na maioria das vezes, são tomados como se fossem a própria prática odontológica e esta não é compreendida como construção histórica única, singular, de replicação impossível. Os modelos são vistos quase sempre, infelizmente, como fórmula, receita a ser copiada...” (NARVAI, 1992).*

Na década de 50 o Serviço especial de Saúde Pública (SESP), implementou o primeiro programa de saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Incremental, cujo alvo principal era a população em idade escolar, tida epidemiologicamente como mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível as intervenções de saúde pública (NARVAI, 2006).

O objetivo era tratar as necessidades acumuladas da população até o completo tratamento, para posterior controle (PINTO, 2000).

A odontologia se viu reduzida aos programas odontológicos a escolares. O Sistema Incremental se tornou ineficaz à medida que foi se transformando em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas (NARVAI, 2006).

Graças a essa hegemonia do Sistema Incremental, infelizmente utilizada ainda hoje por alguns profissionais, priorizou-se a assistência a crianças em

idade escolar, excluindo-se o restante da população ao acesso e tratamento odontológico.

No entanto com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS através da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, baseado nos princípios da universalidade da atenção, não mais se admite essa política excludente.

Foram então preconizados e estudados outros modelos que norteassem as ações em odontologia a fim de não mais se excluir parte da população, alguns deles, no entanto falharam neste quesito, como a Atenção Precoce ou Odontologia para Bebês e o Programa de Inversão da Atenção. Na revisão da literatura comentada será aprofundado o estudo aos modelos citados além das Ações de Saúde Bucal desenvolvidas dentro da estratégia de Saúde da Família. Família.

O tema desperta o interesse, tendo em vista o desenvolvimento de práticas por vezes incoerentes com a realidade atual, ou seja, o fato do não conhecimento histórico dos modelos que outrora fracassaram faz com que muitos profissionais ainda insistam em usar práticas semelhantes àquelas que já deveriam ter sido abolidas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Cabe-nos aqui recorrer inicialmente à definição de modelo assistencial, que segundo OLIVEIRA, 1996 pode ser definido como *“conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela”*.

Porém, o que muitos procuram é uma receita ou fórmula mágica para a organização dos serviços, sendo salutar o entendimento de que um modelo assistencial apenas nos dará parâmetros para a reorganização da atenção primária enquanto profissionais da odontologia.

No início do século passado, a odontologia era caracterizada por atividades fundamentadas no modelo hegemônico, realizada fundamentalmente pelo cirurgião dentista. Era baseada no paradigma Flexneriano, caracterizado por ser mecanicista, biologicista, individualista e especialista, e pela exclusão de práticas alternativas pela tecnificação do ato e pela ênfase no curativo. A odontologia só iniciou processo interno de questionamento e busca de novas soluções gerenciais na década de 1950 (CALADO, 2002).

### 2.1 Sistema Incremental

A assistência odontológica pública no Brasil tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizados pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), nos anos 50 e pelo atendimento a livre demanda nas unidades de saúde (RONCALI all, 1999). Nesse período todas as atividades odontológicas eram realizadas de forma incipiente neste ou naquele posto de atendimento, sendo que predominavam ações curativas e mutiladoras centradas única e exclusivamente na figura do Cirurgião Dentista.

Nesta época surge um importante modelo em saúde pública, conhecido como Modelo Incremental, na tentativa de se romper com o atendimento à livre demanda dos anos anteriores. Aqui é o início de um pensamento coletivo através do desenvolvimento de ações programáticas em saúde.

O Modelo Incremental, embora desenvolvido para atender a qualquer clientela, se viu reduzido apenas ao atendimento de escolares de seis a 14 anos, supondo-se ser uma parcela da população de fácil acesso. Pensava-se que,

realizando o atendimento daquelas crianças em idade escolar, quando estas chegassem à idade adulta, já não mais apresentariam problemas de saúde bucal. Acontece que, excluindo-se o restante da população do atendimento preventivo-curativo, não houve sucesso quanto à redução do índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados). Seus resultados são satisfatórios quanto ao tratamento completado em escolares, porém não houve redução do índice de cárie da população brasileira, como pretendia seu objetivo inicial (CORRÊA, 1985).

Apesar das limitações do Sistema Incremental, ele foi adotado na época por grande parte dos municípios brasileiros devido a sua comodidade em realizá-lo. Devido às práticas preventivas, ainda que incipientes de fluoretação da água de abastecimento naquelas regiões desprovidas de tal elemento químico, bem como a aplicação tópica de flúor na clientela adscrita ao programa, foi um marco para o desenvolvimento da saúde bucal pública no país tendo em vista a quebra do modelo de livre demanda nos consultórios.

## **2.2 Programa de Inversão da Atenção (PIA)**

Devido às várias críticas ao Sistema Incremental, entre elas o fato de ser um programa excludente, e extremamente curativista, baseado, sobretudo no número de tratamentos completados e não no controle e declínio da doença cárie, foi proposto no final dos anos 80 e início da década de 90 a partir dos trabalhos teóricos de LOUREIRO e OLIVEIRA (1995), professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), o Programa Inversão da Atenção (PIA), cujo princípio básico é a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o “controle”.

O programa subdivide-se em três fases: “estabilização” tem 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 o controle da lesão. A segunda fase compõe a “reabilitação” onde se dá o restabelecimento da estética e função perdidas pelas seqüelas da doença. Em uma terceira e última fase, se dá o “declínio”, onde a doença e a lesão estão sob controle e onde,

supostamente, trabalha-se com a população sobre os fatores condicionantes, introduzindo a noção e métodos de auto-cuidado (MATOS, 1993, WERNECK, 1994, LOUREIRO e OLIVEIRA, 1995).

Embora teoricamente bem estruturado ainda existem críticas ao Programa de Inversão da Atenção como observado por ZANETTI & LIMA, 1996, esse modelo necessita de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico.

Apesar dos avanços apresentados por esta nova modalidade de atendimento, verifica-se, ainda, a prevalência dos escolares no desenvolvimento das ações programáticas em saúde. É salutar, no entanto, notar o desenvolvimento das ações preventivas em detrimento das técnicas exclusivamente curativas e mutiladoras do modelo anterior.

Contudo devido aos fatores já estudados, e como observam NICKEL all, 2008, o modelo não leva em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, não havendo, assim, redução significativa do índice CPOD, principalmente naquela faixa etária não atendida pelo programa.

### **2.3 Atenção Precoce Odontologia para Bebês**

A partir de 1985, estudiosos começaram a pensar na parcela da população, que ainda permanecia excluída desde a década de 50, ou seja, àqueles, ou pelo menos uma parcela dos que não foram contemplados pelos modelos anteriores, aqui, passam a ter vez.

Devido ao conhecimento ainda incipiente, os modelos anteriores enfocavam quase que exclusivamente a prevenção e tratamento dos molares permanentes, acreditando não haver uma relação concreta entre a dentição decídua e permanente no que se refere à cárie dentária.

Com o desenvolvimento da cariologia, e a definição de cárie como uma doença infecto-contagiosa, surge em 1985, na Universidade Estadual de Londrina no Paraná, a primeira Bebê Clínica (GUIMARÃES, COSTA, OLIVEIRA, 2003; WALTER, GARBELINI, GUTIERRES, 1991; BALDANI et. all, 2003).

Pensa-se, então, na prevenção em caráter precoce, o alvo agora são os menores de seis anos, inicia-se a prevenção e tratamento na dentição decídua.

Mais uma vez, o erro se repete mesmo bem estruturada e desenvolvida para uma população ainda não beneficiada pelos programas anteriores, em muitos municípios foi implantada sem cautela, tornando-se mais uma vez um modelo excludente.

Ainda assim, a atenção precoce, foi um marco no desenvolvimento de políticas públicas de qualidade, uma vez que engloba o verdadeiro sentido da prevenção em odontologia. Entretanto, a implementação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A disseminação de uma técnica preventiva apenas, dirigida a uma população restrita, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes (BELLINI, 1991; REDE CEDROS, 1992; PINTO, 1996).

#### **2.4 Ações de Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família**

A Constituição Brasileira de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Em 1990, na sua regulamentação, através da Lei Orgânica da Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS.

Em 1994 o Ministério da Saúde concebe o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia para aumentar o acesso da população aos serviços de atenção básica, onde, segundo NARVAI, 1992 se encontram 70% dos problemas de saúde das pessoas. O seu principal objetivo é promover a qualidade de vida e bem estar individual e coletivo por meio de ações de promoção, proteção e recuperação (AGRIPINO, G.G all, 2007).

A base do PSF encontra-se na família, através do trabalho em equipe, buscase a interação entre o agente e a população, baseado no processo de territorialização e adscrição da clientela e, sobretudo integralidade.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000).

Ainda que a odontologia tenha sido incorporada às equipes de saúde da família apenas em 2001, oito anos após a criação do PSF, esta estratégia sem dúvida alguma contribuiu de forma extremamente positiva para a consolidação de práticas mais humanas no que diz respeito ao atendimento à população.

Dentro das equipes de saúde da família as ações de odontologia são agora planejadas segundo critérios epidemiológicos, demográficos, sócio-econômicos, dentre outros, ou seja, primeiro se conhece o território e a população bem como suas necessidades, para isso deve-se lançar mão de um estudo prévio, como por exemplo, a realização de um diagnóstico situacional, para só então planejar as ações que serão desenvolvidas.

As ações desenvolvidas são de caráter, sobretudo preventivo, embora existam ações curativas, essas são desenvolvidas ainda assim partindo-se do princípio da prevenção, quer seja esta, em nível primário, secundário e ou terciário.

A população não mais é excluída do atendimento, o SUS é para todos, por isso a estratégia pode até dividir a população em subgrupos para facilitar o trabalho, no entanto a atenção, posso aqui dizer de uma forma generalizada é para a população de zero a 100 anos.

As ações de fluoretação são aqui intensificadas, junto aos programas de escovação supervisionada nas escolas, aliado ao trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), a prevenção é levada de casa em casa.

São realizados grupos operativos junto ao trabalho da enfermeira e do médico, ocorre agora uma integração multiprofissional, o trabalho flui de forma bem organizada.

Todos conhecem o seu paciente, agora ele passa a ter vez, passa a ter nome, não mais apenas o fulano que tem dor, agora é o *“Seu Antônio da rua três, que mora na casa com a mãe, portador de diabetes...”*

Aliados a programas como o Sorriso no Campo e Brasil Sorridente, cada vez mais e mais pessoas passam a ter esperança, kits de saúde bucal são distribuídos pelo Sorriso no Campo em parceria com o governo do Estado de MG, estagiários do último período de graduação em odontologia prestam assistência na reorganização das ações de saúde bucal nos municípios (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS – SESMG, 2004).

Através do Governo Federal mais kits de higiene bucal chegam aos municípios, os recursos são ampliados, e o que antes parecia ser impossível, agora se torna realidade, a tão sonhada média e alta complexidade agora estão disponíveis através do Brasil Sorridente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL, 2004).

Entretanto, nem tudo são flores, devido à má formação de muitos profissionais, ou mesmo a falta de aperfeiçoamento/capacitação aliadas aos baixos salários praticados, a inexistência de um plano de carreira, bem como a contratação sem a realização de concurso público, o que, infelizmente se vê ao longo dos anos são equipes centradas única e exclusivamente na figura do médico, visto como o “chefe”, bem como o desenvolvimento de ações curativas centralizadas na figura do Cirurgião Dentista, que ainda insiste em atender apenas entre quatro paredes, não conhecendo as reais necessidades da população, praticando, ainda que pareça um paradoxo, ações quão semelhantes ao Modelo Incremental, na década de 50, em pleno século XXI.

O quadro abaixo sintetiza os quatro modelos anteriormente descritos, apresentando as principais características de cada um.

**Quadro 1: Comparação entre Modelos Assistenciais praticados pela odontologia Brasileira nos últimos 60 anos.**

<b>Características</b>	<b>Sistema. Incremental</b>	<b>Programa de Inversão da Atenção</b>	<b>Atenção Precoce Odontologia para Bebês</b>	<b>Ações de Saúde Bucal nos Programas de Saúde da Família</b>
<b>Período</b>	✓ 1950-1980	✓ 1980-1994	✓ 1985-1994	✓ 1994, sendo efetiva a partir de 2001
<b>Fundamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rompimento do atendimento à livre demanda;</li> <li>✓ Centrado na cura da doença cárie;</li> <li>✓ Preventivo-Curativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controle da doença cárie;</li> <li>✓ Preventivo-Curativo</li> <li>✓ Baseado nos princípios da estabilização, reabilitação e declínio e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entende-se cárie como uma doença transmissível;</li> <li>✓ Correlação entre dentes decíduos saudáveis/permanentes livres de cárie;</li> <li>✓ Atenção precoce;</li> <li>✓ Caráter, sobretudo preventivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Saúde é entendida como um direito de todos</li> <li>✓ Adscrição da clientela, baseado em fatores epidemiológicos.</li> <li>✓ Regido pelos princípios do SUS;</li> <li>✓ Atendimento humanizado em equipe e atenção multidisciplinar.</li> <li>✓ O foco é o núcleo familiar.</li> </ul>
<b>Objetivos e metas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Redução do índice de cárie;</li> <li>✓ População adulta livre de cárie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controle da doença cárie;</li> <li>✓ Redução do índice CPOD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controle da cárie;</li> <li>✓ Conscientização dos pais;</li> <li>✓ Redução do CPOD;</li> <li>✓ Adultos saudáveis;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção de saúde;</li> <li>✓ Controle e tratamento das doenças bucais;</li> <li>✓ Redução do CPOD;</li> <li>✓ Conscientização da população;</li> <li>✓ Incentivo ao auto cuidado;</li> <li>✓ Formação de multiplicadores das ações preventivas;</li> </ul>
<b>População alvo</b>	✓ Escolares de 06 a 14 anos	✓ Acabou ficando restrito, novamente à população em idade escolar	✓ Menores de 06 anos;	✓ Aqui não há exclusão, o atendimento é oferecido a todos.
<b>Recursos físicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escolas e creches;</li> <li>✓ Postos de Saúde;</li> <li>✓ Restaurador (curativo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escolas e creches;</li> <li>✓ Postos de Saúde;</li> <li>✓ Desenvolvimento de ações de auto-cuidado;</li> <li>✓ Selantes;</li> <li>✓ Restaurador</li> </ul>	✓ Clínicas para bebês;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Postos de saúde;</li> <li>✓ Escolas, creches</li> <li>✓ Residências;</li> <li>✓ Rádio;</li> <li>✓ Cartazes, folders</li> <li>✓ Fluoretação.</li> <li>✓ Kits de higiene bucal</li> </ul>
<b>Recursos humanos</b>	✓ Centrado na figura do Cirurgião Dentista	✓ Ainda centrado na figura do Cirurgião Dentista	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cirurgião Dentista;</li> <li>✓ Participação efetiva dos pais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipe multidisciplinar;</li> <li>✓ Família;</li> <li>✓ Comunidade;</li> </ul>
<b>Avaliação crítica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo excludente</li> <li>✓ Não houve redução do CPOD</li> <li>✓ As ações curativas destacam-se em detrimento às preventivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Excludente;</li> <li>✓ Ainda há o predomínio das ações curativas</li> <li>✓ Não houve redução significativa do índice CPOD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Houve sucesso quanto à redução do índice CPOD.</li> <li>✓ Grande parte da população ainda é excluída das ações em saúde bucal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de incentivo aos profissionais;</li> <li>✓ Falta capacitação aos profissionais;</li> <li>✓ Plano de carreira aos profissionais, visando à motivação dos mesmos;</li> <li>✓ Planejamento adequado das ações preventivas e curativas em todos os níveis de atenção</li> </ul>

### 3. DISCUSSÃO

Iniciando-se o processo de discussão, podemos observar uma evolução interessante no que diz respeito aos modelos assistenciais em saúde bucal ao longo das décadas. Trata-se de uma evolução de conceitos e necessidades que são verificadas com o passar dos anos, tomando-se, sobretudo, como base, experiências anteriores.

Como podemos observar no quadro 01, durante praticamente 30 anos, a odontologia se viu reduzida a um modelo excludente de atendimento exclusivo para escolares, de seis a 14 anos, centrado quase que em sua totalidade, na execução de procedimentos curativos. As ações preventivas, aqui, se viram reduzidas ao mínimo, o foco é a cura. O Cirurgião Dentista é a figura principal do processo e encontra-se voltado para o atendimento curativo entre quatro paredes (CORRÊA, 1985; OLIVEIRA all, 1999)

Embora tivesse como objetivo a redução do CPOD, isto não foi alcançado, mesmo atendendo a uma população restrita, ficando, portanto, inviável como modelo de atendimento.

Apesar de suas limitações, pode ser considerado um marco histórico na evolução dos modelos assistenciais, uma vez que pela primeira vez se pensou em um atendimento programado, e, não mais, somente à livre demanda dos consultórios de outrora.

No final da década de 80 e início da década de 90, surge o Programa de Inversão da Atenção (PIA), nota-se agora, uma mudança de conceitos, possibilitada por novos conhecimentos relacionados, sobretudo à evolução da cárie dentária. O objetivo principal não é a cura e sim controle da doença cárie. (SÁ, 1992; LOUREIRO & OLIVEIRA, 1995; ZANETTI & LIMA, 1996; RONCALLI, 2008;).

NICKEL, 2008 *apud* OLIVEIRA, 1999 considera que “ele adapta sua estrutura organizativa à doutrina do SUS e apresenta como característica o controle epidemiológico da doença cárie através da utilização de métodos preventivos”.

Do ponto de vista da lógica programática, incorpora conceitos do planejamento estratégico situacional (PES) - embora isto não esteja explícito - territorialização, busca da universalidade da atenção e trabalha com tecnologias preventivas de alto conteúdo controlador e tecnológico-depenentes, como o uso massificado de selantes, por exemplo (RONCALLI, et al. 1999 *apud* SÁ, 1992; MATOS, 1993; WERNECK, 1994; LOUREIRO & OLIVEIRA, 1995; PERES, 1995).

Embora bem planejado, ainda carregado pelas influências do modelo incremental, acabou se tornando um modelo excludente, no momento em que restringiu suas atividades, também aos escolares. Pode ser considerado um modelo preventivo na medida em que se acredita que basta orientar e cuidar que tudo se resolverá.

Em 1985, com o avanço da cariologia, surge em Londrina no Paraná a criação da primeira Bebê Clínica. O alvo são os menores de seis anos não incluídos nos programas anteriores.

Além dos resultados significativos na redução da prevalência e severidade da cárie, um dos grandes méritos do programa foi ter introduzido uma nova mentalidade nos profissionais e nos usuários, na medida em que estes passaram a procurar o serviço para atividades preventivas com uma maior frequência (RONCALLI all. 1999, p. 04).

Este modelo teve em seu processo de divulgação a ideologia de integração com equipe multidisciplinar, o que de fato não ocorreu (PINTO, 2000).

A Atenção Precoce foi difundida em algumas regiões do país, após o sucesso em Londrina, todavia acabou por incorrer no mesmo erro dos modelos anteriormente descritos, tendo em vista a exclusão da clientela e o caráter centralizado.

Em 1993, a edição da Norma Operacional Básica – SUS, nº 01 de 1993 – NOB/SUS/1993, em 20 de maio de 1993, “estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde...” (PORTARIA MS/GM Nº 545 – NOB/SUS Nº 01/93).

Enfatiza a descentralização como processo que implica redistribuição de poder, novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social (WERNECK F. A. M, 1994).

Com a criação do PSF em 1994, tudo muda, pois o foco agora é a família, o trabalho deve ser realizado em equipe, focado no núcleo familiar, através de um conhecimento profundo da área e população adscrita.

O trabalho agora poderia ser baseado nas reais necessidades da população, que não são as mesmas nas diferentes regiões do país.

Apenas após, tardios sete anos, é que a odontologia ingressou efetivamente no PSF, através da inclusão do Cirurgião Dentista nas equipes, formando as ESB (Equipe de Saúde Bucal), na modalidade I, com apenas o CD (Cirurgião Dentista) e a ACD (Auxiliar de Consultório Dentário), ou a modalidade II composta por CD, ACD,

e THD (Técnico em Higiene Dental). Recentemente a profissão foi regulamentada, lei 1889 de 24 de dezembro de 2008, passando-se à seguinte denominação: ASB e TSB, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal respectivamente.

Hoje as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família são bem mais amplas, visando à prevenção em primeira instância. A rede de atenção engloba desde a atenção primária, trabalho de ponta executado pelos profissionais da equipe, até ações de níveis mais complexos como endodontia de prótese. Isso se deve graças, a criação pelo governo federal, através do programa Brasil Sorridente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Inicia-se então a fase da odontologia especializada na qual o PSF é a porta de entrada dos usuários, para a imensa rede de atenção multidisciplinar que ora se forma.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O entendimento da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal é de fundamental importância para o desenvolvimento de práticas alternativas àquelas que fracassaram ao longo dos anos.

Apesar do seu fracasso todos os modelos outrora apresentados tiveram a sua importância no processo de construção e reestruturação do SUS, por isso a importância de seu estudo.

Em toda a história da evolução da assistência odontológica em nosso país, destacaram-se modelos excludentes, centralizados, movidos por uma prática curativista, tecnicista e mutiladora.

Cabe-nos o conhecimento de tais modelos a fim de programar as ações dentro do Sistema Único de Saúde, maximizando assim a eficácia das ações promovidas, de forma a se contemplar os princípios do SUS em sua totalidade.

Embora muita coisa tenha mudado ao longo de décadas de história, ainda existem profissionais que insistem em desenvolver ações quão semelhantes aos modelos que hoje, já não mais poderiam coexistir, senão pela sua história.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELLINI, H.T. **Ensaio Sobre Programas de Saúde Bucal**, 1991. Biblioteca da ABOPREV, Fasc. 3. maio 1991 p.7.
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **LEI 8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 08 de nov. 2010.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **LEI 8142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em 08 de nov. 2010.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **PORTARIA MS/GM Nº 545 – NOB/SUS Nº 01/93**. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/cib/portarias\\_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf). Acesso em 02 de fev. 2011.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA GERAL/SESSUS. **Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.
6. BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL/SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em 13 de dez. 2010.
7. CALADO, S.G. **A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2002. Disponível em [http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tede\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2930](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tede_busca/arquivo.php?codArquivo=2930). Acesso em 20 de nov. 2010.
8. CORRÊA, A.P. **Análise Comparativa dos Efeitos de um Programa Incremental Sobre a Saúde Oral de seus Beneficiados – Dissertação de Mestrado**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1985.
9. GUIMARÃES, A.O; COSTA, I.C.C; OLIVEIRA, A.L.S. **As Origens Objetivos e Razões de ser da Odontologia para Bebês. Jornal Brasileiro de Odontopediatria – Odontologia para Bebês, 2003**. Disponível em [LILACS-As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês; The origins, objectives and reasons of Dentistry for Babies](#). Acesso em 19 de out. 2010.
10. LOUREIRO, A.C; OLIVEIRA, J.F. **Inversão da Atenção: Uma Estratégia para Construção de Modelos Locais em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995.
11. MATOS, D.L. **Análise do Programa “Promoção de Saúde Bucal” Implantado em Escolares da Região Leste de Belo Hirizonte – Monografia**. Belo

- Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1993. Disponível em [LILACS- Análise do programa "Promoção de Saúde Bucal" implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte; Analysis of the program "Promotion of the Oral Health" implanted in scholars of the east region of Belo Horizonte](#). Acesso em 12 de jan. 2011.
12. NARVAI, P.C. Saúde Bucal Coletiva: **caminhos da odontologia sanitária à bucalidade**. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(N Esp): 141-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633.pdf>. Acesso em 13 de dez. 2010.
13. NARVAI, P.C. **Saúde Bucal: assistência ou atenção? Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde"**. Rede CEDROS. 1992. Disponível em [http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3\\_narvai.pdf](http://www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf). Acesso em 08 de dez. 2010.
14. NICKEL, A.D. **Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal – Dissertação**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em <http://nepas.ufsc.br/wp-content/uploads/disserta%C3%A7%C3%A3o-Daniela-Nickel.pdf>. Acesso em 22 de jan. 2011.
15. PERES, A.A.M. **A Saúde Bucal em um Sistema Local de Saúde: Estudo de Caso Município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994 – Dissertação**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1995 p.184. Disponível em [LILACS-A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994; The oral health in a local health system: case study of the Ipatinga city, MG, Brazil 1989-1994](#). Acesso em 10 de jan. 2011.
16. PINTO V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000.
17. PINTO, M.H.B; LOPES, C.M.D.L; KRIGER, L; MATSUO, T. **A Odontologia para Bebês no Estado do Paraná, Brasil – Perfil do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal**. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria – Odontologia para Bebês*, 2003. Disponível em [BBO-A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil: perfil do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal; The dental assistance for infants at the State of Paraná, Brasil: profile of an early oral health program](#). Acesso em 19 de out. 2010
18. PINTO, V.G. **A Odontologia no Município**. Porto Alegre: RGO, 1996 p. 252.
19. RONCALI et all. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. Ação Coletiva: Vol. II (1), Jan/Mar, 1999**. Disponível em <ftp://164.41.147.200/emffluor/politicas/Modelos.pdf>. Acesso em 19 de out. 2010.

20. SÁ, O.M.E. **Avaliação de Impacto de um Programa de Saúde Bucal da Redução da Cárie Dentária – Monografia**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1992 p.48.
21. WALTER, L.R.F; GARBELINI, M.L; GUTIERRES, M.C. 1991; **Bebê Clínica, a Experiência que deu Certo**. Divulg Saúde Debate 1991, 6:65-8.
22. WERNECK, F.A.M. **A Saúde Bucal no SUS: Uma Perspectiva de Mudança – Dissertação**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1994. Disponível em [http://www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td\\_1994\\_werneck.pdf](http://www.pgops.dod.ufrn.br/angelo/td_1994_werneck.pdf). Acesso em 22 de jan. 2011.
23. ZANETTI, G.H.C; LIMA, U.A.M; RAMOS, L; COSTA, T.B.A.M. **Em Busca de um Paradigma de Programação Local em Saúde Bucal mais Resolutivo no SUS, 1996**. Disponível em [LILACS-Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS; In search of more efficient paradigm of planning oral health services within the Unified Health System](#). Acesso em 24 de jan. 2011.