

# Capítulo 1

## Políticas de saúde bucal no Brasil

Paulo Capel Narvai  
Paulo Frazão

### INTRODUÇÃO

Entre as muitas singularidades que marcam o Brasil, chama atenção uma que se refere à saúde bucal: o padrão de ocorrência da cárie dentária, ainda um problema de saúde pública entre nós, e que, no início do século XXI, continua mobilizando a maior parte dos esforços e recursos nesse setor. Em “Brasil, 500 anos: país dos banguelas” Narvai (2000) afirma que *“a chegada dos portugueses causou espanto. Tudo era muito estranho, das caravelas às roupas e barbas. Mas as bocas impressionaram igualmente. O escorbuto dilacerava as comissuras labiais e as gengivas. A cárie dentária completava a mutilação dentária e produzia uma boca banguela muito diferente. Havia cárie entre os primeiros habitantes do Brasil, mas a ocorrência não se comparava à observada entre os que chegavam. Os anos e os séculos foram se passando e, além de se transformar no país do futebol e do carnaval, o Brasil via sua imagem se associar à de país de banguelas. Não porque a cárie dentária tenha sido ‘transmitida’ pelos portugueses, como o foram outras doenças (a sífilis, por exemplo), mas por causa da cana-de-açúcar que ocupou papel central na economia brasileira durante todo o período colonial”*.

Luz e Campos (2003) assinalaram que *“a gênese da cárie como doença de ocorrência nas grandes massas da população mundial emerge paralelamente às origens do desenvolvimento do capitalismo nos países ocidentais. O advento das trocas mercantis estabelecidas a partir do final da Idade Média, o desenvolvimento científico e tecnológico, as mudanças decorrentes da Revolução Industrial e a consolidação do capitalismo como modo de produção hegemônico criaram as condições sociais que inseriram a cárie no cenário dos problemas sanitários (...) A ampliação do consumo de açúcar industrializado em larga escala e as alterações no padrão alimentar das populações foram aspectos relevantes que condicionaram mudanças nos perfis epidemiológicos das doenças bucais de grupos e classes sociais nas sociedades dos séculos XVIII ao XX”*. Os historiadores reconhecem que a produção de açúcar a partir da cana foi a primeira atividade economicamente organizada do Brasil. Nos séculos XVI e XVII o açúcar, principal produto brasileiro, foi a base de sustentação da economia e da colonização do país (HOLANDA, 1981). O marco deste período foi a fundação,

por Martim Affonso de Souza, em 1532, do primeiro engenho de cana-de-açúcar, em São Vicente, litoral paulista. Mesmo com a perda da importância relativa para outras atividades econômicas, a partir do século XVIII, a produção de açúcar continuou jogando um papel relevante no contexto econômico brasileiro. Ainda hoje somos o principal produtor mundial.

Dada a reconhecida associação entre prevalência de cárie e consumo de açúcar, não é difícil deduzir o significado epidemiológico desta singularidade brasileira representada pela farta e contínua disponibilidade de açúcar a baixo custo, tornando-o de amplo acesso popular em todo o território nacional.

Em “Casa Grande & Senzala”, Freyre (1999) comenta as condições de nutrição no Brasil colonial afirmando que “fartura só a de doce, geléias e pastéis...”. Diz ainda, citando Afonso de Taunay, que o médico sueco Gustavo Beyer ficou “impressionado” com o que viu: *“Viajando pelos arredores de Itu é impossível não se notar que toda a gente da classe baixa tem os dentes incisivos perdidos pelo uso constante da cana-de-açúcar que, sem cessar, chupa e conserva na boca em pedaços de algumas polegadas (...) quer em casa quer fora dela não a larga (...) A classe superior gosta igualmente de doce.”* E, para que não paire qualquer dúvida sobre o significado da cana-de-açúcar no cotidiano alimentar do período, complementa: *“Os próprios bois e burros também participam da mesma inclinação. Encontram-se eles tal qual seus condutores, mastigando cana.”*

Nesse cenário de açúcar em abundância e dentes deteriorados por cárie, causando dores, sofrimentos e infecções, havia que buscar soluções, tratar dos doentes, cuidar dos que sofriam. Mas, numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, as respostas a esses problemas eram, e continuam sendo mais de cinco séculos depois da chegada dos portugueses, profundamente desiguais.

Neste capítulo abordam-se aspectos do que atualmente se denominam “políticas de saúde bucal” no Brasil. Longe de uma revisão exaustiva embasada em farto material documental, pretende-se tão somente, concatenar análises produzidas por diferentes pesquisadores sobre as principais características das políticas que exerceram influência importante no plano nacional ao longo da história do país. ‘Política de saúde’ é conceituada segundo a perspectiva apontada por Paim e Teixeira (2006) como “resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao ‘poder’ em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de ‘diretrizes, planos e programas’ de saúde (*Policy*). Assim, a palavra ‘política’ na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, ‘política de saúde’ envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.”

## COLÔNIA

No período colonial, índios e negros valiam-se dos seus conhecimentos para enfrentar dores e sofrimentos de origem dentária. As práticas baseavam-se em ritos, que incluíam ervas, rezas e procedimentos com instrumentos rudimentares. Aos poucos, foram chegando de Portugal os mestres cirurgiões e barbeiros. Eram mestres de ofícios que “curavam de cirurgia, sangravam e tiravam os dentes”. Segundo Rosenthal (2001) para exercerem suas funções, os mestres tinham que ter, obrigatoriamente, a “Carta de Ofício”, uma licença especial dada pelo Cirurgião-Mor da Corte

Portuguesa. Esta Carta de Ofício, que regulamentava o ofício de barbeiro (“tiradentes”), surgiu em 1521 através de ato real do Regimento do Físico Mor de Portugal, sendo modificada cerca de um século depois quando, em 1631, a expedição da “Carta” passou a ser precedida da “comprovação” de experiência de dois anos na atividade de barbeiro.

Pode-se dizer que tais interferências do poder nas atividades dos mestres de ofício, avocando a responsabilidade pela regulamentação de suas atividades, marcam a presença do Estado nessa área e correspondem a uma “política” para o setor.

## IMPÉRIO

A institucionalização da formação de recursos humanos especializados e a organização das atividades profissionais na área da saúde no território foram impulsionadas após a chegada da Família Real ao Brasil, em janeiro de 1808. Após a instalação do Reino no Brasil, a primeira “Carta de Dentista” foi expedida em 1811, para Pedro Martins de Moura, um português. Esta Carta o autorizava expressamente a tirar dentes, não mencionando cirurgias, próteses, curativos ou medicações. Segundo Rosenthal (2001), o primeiro brasileiro a receber tal Carta, também em 1811, após cinco meses, foi Sebastião Fernandes de Oliveira, natural do Espírito Santo.

Cunha (1952) *apud* Calado (2002) menciona a criação do cargo de cirurgião-sangrador no Hospital Militar da Corte em 1809 assinalando que, pelo menos até final do século XIX, boa parte da assistência odontológica se realizava no âmbito das Forças Armadas. Ainda segundo Calado (2002), no início da década de 1880 algumas Santas Casas de Misericórdia mantinham gabinetes dentários destinados à realização de extrações.

Em 1856 foi instituído, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, exame para dentistas se habilitarem ao exercício da profissão.

Em 25 de outubro (o “dia do cirurgião-dentista”, atualmente) de 1884 foram criados, por meio do Decreto 9.311, cursos de odontologia nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Cunha (1952) registra que o artigo 8º do Decreto 9.311 estabelecia que “o curso de odontologia constará das seguintes matérias: (...) *Physica elementar; Chimica mineral elementar; Anatomia descriptiva e topographica da cabeça; Histologia dentaria; Physiologia dentaria; Pathologia dentaria e hygiene da bocca; Therapeutica dentaria; Cirurgia e prothese dentaria* (...)”. Ao término do curso, “sem colar grau ou outras formalidades” os alunos recebiam o título de “Dentista”. A denominação de “Cirurgião-Dentista” ao título dos egressos dos cursos brasileiros ocorreria nove anos mais tarde, já no período republicano, com a reforma Alvarenga, que introduziu modificações no ensino para compatibilizar tais cursos às determinações de 1892 do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Esta denominação permanece até os dias atuais.

Comentando a relação descrita por Cunha (1952) daqueles que exerciam a odontologia nesse período, Carvalho (2003) admite a existência de “*pelo menos, três tipos de praticantes da arte dentária, na segunda metade do século XIX, no Brasil: o barbeiro, o sangrador e o dentista. Um quarto profissional a ser incluído nessa lista é, sem dúvida, o cirurgião que, muitas vezes, tinha que se dedicar ao desempenho das tarefas do dentista, especialmente as de natureza cirúrgica. Por força das modificações impostas pela regulamentação das ocupações sanitárias, o barbeiro vai abandonando, aos poucos, suas múltiplas funções e passa a dedicar-se cada vez mais às atividades típicas da barbearia. No desenrolar deste processo consolida-se a distinção entre a figura do médico, do cirurgião e, especialmente, do dentista, que tradicionalmente vinha dividindo espaço com barbeiros e sangradores.*”

Mas a distinção entre médicos e dentistas, ainda em meados do século XIX, não era muito nítida. Amarante (2006) reproduz um anúncio de jornal, publicado no Paraná em 9/1/1869, citado originalmente por Lindolfo Ribeiro Fernandes Junior (1988): “*Médico Dentista Francês, o Dr. C.C. Barroium, formado em medicina pela Faculdade de Paris, se demora ainda algum tempo na cidade*

*de Paranaguá, a fim de concluir os tratamentos (...) e em breve se dirigirá (...) onde se achará a disposição de todas as pessoas que precisarem de seu mister; bem como a colocação de dentaduras com base de ouro, ou de vulcanite etc., e tudo que diz respeito a prothese, medicina e cirurgia dentária e bucal. Prevenindo o respeitável público que a longa prática de já 26 anos no império oferece uma garantia segura, assegura que sempre se esforçou para merecer nunca foi desmentida.”*

Assim, no período do Império, a ação do Estado brasileiro em relação à saúde bucal da população limitou-se à regulamentação da formação dos recursos humanos e do exercício de atividades particulares no setor (AMARANTE, 2006), e à manutenção de atividades assistenciais essenciais na área militar (CUNHA, 1952). A assistência pública se restringia ao que podiam realizar instituições filantrópicas (CALADO, 2002).

## REPÚBLICA

Com a República, proclamada em 1889, aumentou a influência das oligarquias dos estados mais ricos sobre a administração federal, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, nos quais a produção de café gerava enormes lucros aos fazendeiros. Impulsionada por um modelo agroexportador, conforme Medeiros-Junior e Roncalli (2004) *“ações especialmente direcionadas para a melhoria das condições sanitárias das áreas denominadas vitais para a economia nacional, ou seja, as cidades, estradas, ferrovias e portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos”* foram implementadas.

Após a proclamação da República, vieram transformações profundas na vida nacional, sobretudo a partir da Revolução de 1930. De acordo com Carvalho (2003) *“a transformação definitiva do sistema de regulação educacional e profissional no Brasil, com a padronização e controle por parte do governo federal para todo território nacional, só ocorreu no pós-30, iniciada na Era Vargas, com o processo de centralização administrativa e criação do Estado Novo”*. Segundo a autora *“o ensino levado a cabo por escolas livres e estaduais não-equiparadas permaneceu durante toda a República Velha, em que pesem as reformas implementadas para controlá-lo. Da mesma forma, permaneceu o reconhecimento dos diplomas para o exercício profissional estabelecido pelas constituições estaduais, autônomas para julgar que tipo de profissional poderia exercer as artes de curar em suas jurisdições”* (CARVALHO, 2003).

Com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (funções que, até 1930, eram exercidas por órgãos pertencentes a outros ministérios) vários dispositivos legais foram aprovados visando à reforma do ensino e à regulamentação das profissões. Foram definidas normas e diretrizes para a organização técnica e administrativa do ensino superior no Brasil, em especial o ensino universitário. Para o exercício legal das profissões universitárias, passou-se a exigir que o diploma do candidato fosse expedido por escola federal ou equiparada (CARVALHO, 2003). Em 4/12/1933 foi aprovada legislação restritiva (Decreto nº 23.540) do exercício das atividades odontológicas, limitando em seis meses o prazo para licenciamento dos praticantes não portadores de diploma. Assim, a partir de junho de 1934, o exercício da odontologia deixou de ser permitido a quem não fosse diplomado por escola federal ou equiparada (ROSENTHAL, 2001).

Nas décadas seguintes, as profundas transformações postas em prática no ensino odontológico nos Estados Unidos, em decorrência do Relatório Gies, influenciariam decisivamente os rumos da formação odontológica também no Brasil. Moysés (2007) informa que William J. Gies foi *“um dos fundadores da Columbia University School of Dental and Oral Surgery e importante protagonista na criação da International Association for Dental Research, em 1920.”* Seu relatório, *“produto de longa investigação financiada pela Carnegie Foundation, buscou detalhar os problemas e as insuficiências das escolas odontológicas dos Estados Unidos e Canadá, em trabalho similar ao conhecido Relatório Flexner da área médica, publicado em 1910 [e objetivou] conferir maior rigor científico à formação de médicos e dentistas”*. O autor assinala ainda que *“alguns efeitos*

*das recomendações de Gies, adotadas pelo governo americano, fizeram-se visíveis ao longo do século XX, como, por exemplo: ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como locus privilegiado do exercício profissional*” (MOYSÉS, 2007). O impacto dessas profundas transformações no ensino e na prática da odontologia pode ser deduzido de uma afirmação de Tebyriçá (1928), reproduzida por Botazzo (2000) em ‘Da arte dentária’: *“até o século passado [XIX] a Odontologia propriamente dita não existia (...) Com o advento da restauração dos dentes cariados com o chumbo, surgiu a odontologia, ciência e arte de conservar e corrigir os dentes.”*

A prática odontológica hegemônica no Brasil no século XX, caracterizada por Narvai (1994) como “Odontologia de Mercado”, apresentou características que expressam as profundas transformações experimentadas pela sociedade brasileira ao longo de todo o século, com acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização. Tais mudanças repercutiram intensamente na prática odontológica que se tornou complexa e passou a concentrar, crescentemente, sofisticada tecnologia. Em consequência dessas transformações e em coerência com as características gerais do capitalismo dependente que se consolidou no país, observou-se grande expansão no número de cursos de odontologia, sobretudo nas duas últimas décadas do século.

O vertiginoso aumento do número de cirurgiões-dentistas em atividade no Brasil produziu, ao longo do século passado, o surgimento de uma categoria profissional de estrutura complexa e com razoável poder corporativo. Assim é que, em 1964, foram criados o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e vários Conselhos Regionais de Odontologia (CRO), originalmente autarquias do poder público federal, vinculadas ao Ministério do Trabalho, incumbidos de fiscalizar o exercício profissional. Em 1966 a Lei 5.081 regulamentou o exercício da odontologia no território brasileiro.

Constata-se, contudo que, apesar de o Brasil contar com uma proporção razoável de dentistas por habitantes (não há dúvidas de que não faltam dentistas no país) isto não tem correspondido a melhores condições de saúde bucal para o conjunto dos brasileiros. Ao contrário: apesar de a cárie dentária ter diminuído entre escolares urbanos na segunda metade do século XX, o país continua sendo tristemente conhecido como o “campeão mundial dos desdentados.” Ainda que não se disponha de evidência epidemiológica desse fato, é notório que a mutilação dentária marca fortemente adultos e idosos brasileiros. Entre nós a cárie dentária associa-se, precocemente, às doenças periodontais para produzir uma verdadeira mutilação em massa: embora dados oficiais sobre extrações dentárias no país não estejam disponíveis, a análise dos componentes do índice CPO-D (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) nos levantamentos epidemiológicos, tanto os de abrangência nacional quanto os mais restritos, revelam um quadro sombrio. Constata-se que o trabalho odontológico não tem servido para manter dentes nas bocas. A magnitude dessas necessidades e as estimativas dos custos relacionados com a recuperação através da assistência aos doentes permitem dimensionar, mesmo que precariamente, o problema a ser enfrentado. Entre os especialistas há

### **Saiba mais**

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no período de 24 a 28 de março de 1980, o grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões quanto à participação da odontologia nos serviços básicos de saúde considerou que o modelo de prática e assistência odontológica caracterizava-se, em traços gerais, pela ineficácia, ineficiência, desordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista e inadequação no preparo dos recursos humanos. Este modelo foi caracterizado por Narvai (1994) como “odontologia de mercado”.



concordância num ponto: a prática precisa mudar. E políticas públicas podem jogar um papel decisivo na indução dessa mudança.



### Para refletir

*“Quais os interesses que orientaram o processo de profissionalização do exercício da odontologia no Brasil?”*

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL

Há registros de que, já nas primeiras décadas do século XX, profissionais de odontologia eram encontrados em alguns estabelecimentos de ensino público, em Estados como Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Segundo Vasconcellos (1994), em São Paulo a Lei 1.280, de 19/12/1911, criou os três primeiros cargos de cirurgião-dentista na administração pública paulista, dando início, no âmbito da secretaria de Justiça e Segurança Pública, a certo tipo de atendimento odontológico público, ofertado ao efetivo da então Força Pública e, também, aos cidadãos sob custódia do Estado. Soares (2005) assinala que *“as práticas de saúde bucal começaram a ser introduzidas nos sistemas públicos de São Paulo de forma tímida, se comparada à história das práticas sanitárias do começo do século XX e com uma inserção, segundo Toledo (1995), ‘reducionista, na linha do então movimento puericultor e de higiene escolar, numa prática meio que caritativa de assistência às crianças pobres, não se identificando como prática inserida na saúde pública’.”*

Com efeito, Martino (2003) *apud* Soares (2005) encontrou uma primeira referência sobre a inserção de cirurgiões-dentistas no serviço público, *“no Decreto 87, de 29/7/1892, que organizou o Serviço Sanitário. Em 1931, com o Decreto 4.891, que reorganizou esse serviço, foi criado um cargo de Inspetor Dentista na Inspetoria de Fiscalização de Medicina e Pharmacia e um cargo de Inspetor Dentário na Inspetoria de Higiene Escolar e Educação Sanitária. Entretanto, a inspeção médica escolar fora criada em 1912, passando posteriormente a ser subordinada à Inspetoria Geral de Instrução Pública. E nessa inspetoria foi criado em 1925, com o Decreto 3.858, de 11 de junho, um cargo de inspetor dentário. O Decreto 4.600, de 30/5/1929, que regulamentou pela primeira vez o ‘Serviço Dentário Escolar’, deixou claro, em seu texto, a existência prévia de gabinetes dentários em estabelecimentos de ensino. A ‘Revista Odontológica Brasileira’ de 1912 citou a inauguração do primeiro Dispensário de Assistência Dentária Escolar de São Paulo, no Grupo Escolar Prudente de Moraes. Em seguida foram inaugurados mais dois dispensários em Grupos Escolares da Barra Funda e da Bela Vista, conforme a ‘Revista Odontológica Brasileira’ de 1913. Segundo a mesma revista, em sua edição de 1929, quando ocorreu a primeira regulamentação dos serviços dentários escolares já existiam 25 gabinetes dentários em escolas.”* Contudo, é assinalado que *“os primeiros dispensários foram criados por iniciativa particular e faziam parte da Associação Paulista de Assistência Dentária Escolar”* e que, *“em 1913 a Câmara Municipal de São Paulo aprovou um auxílio financeiro à mesma, segundo a ‘Revista Odontológica Brasileira’ em sua edição de 1914”* (MARTINO, 2003 *apud* SOARES, 2005). Destaca também *“o discurso do Dr. Vieira de Mello, médico e diretor geral da Associação Paulista de Assistência Dentária Escolar, proferido quando foi inaugurado o primeiro dispensário em 1911, revelando preocupação ‘com os estragos produzidos pela cárie dentária e outras affecções da bocca sobre a saúde geral da infância e do adolescente’.”* (MARTINO, 2003 *apud* SOARES, 2005).

Não obstante essa presença de profissionais de odontologia em ambientes escolares, Narvai (2006) assinala que embora eles *“buscassem desenvolver algumas ações educativas, sua prática clínica reproduzia, essencialmente, o que faziam os dentistas nos consultórios particulares. A abordagem era individual e não se lograva realizar, em bases epidemiológicas, um diagnóstico de situação em termos populacionais e, menos ainda, se utilizava qualquer tecnologia de programação resultante de processos de planejamento que considerassem a saúde bucal da população como um todo.”* Para o

autor “*tal cenário mudaria radicalmente quando, em 1952, o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública (criado em 1942 e mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, com apoio da Fundação Rockefeller) implementou, inicialmente em Aimorés-MG e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste, os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do país.*” Narvai assinala ainda que “*a ‘proibição’ do acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros produziu, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, uma discreta mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos pois surgia no Brasil, no início dos anos cinquenta, uma modalidade estatal de produção*” desses serviços que, desde seu início, introduzia inovações importantes na prática, como por exemplo, o emprego de pessoal auxiliar e o uso de métodos contendo substâncias fluoradas. A odontologia de mercado seguia absolutamente majoritária, mas “*já não era a única modalidade assistencial neste segmento do setor saúde*”.

Esta nova “modalidade estatal de produção de serviços odontológicos” correspondeu a um marco relevante do ponto de vista das políticas públicas de saúde: pela primeira vez o Estado brasileiro intervinha no setor munido de uma política explícita com a finalidade de proteger a saúde bucal da população, desenvolvendo concomitantemente ações preventivas e de reabilitação, segundo um modelo que expressava o grau de desenvolvimento teórico da área na época. Essa teoria, a “odontologia sanitária” (NARVAI, 2006) foi sumarizada em artigos (notabilizando-se *Planning and conducting an incremental dental program*, de Paulo da Silva Freire, publicado em 1964 no prestigiado *The Journal of the American Dental Association*) e, também, desenvolvida em livros, como o célebre “Manual de odontologia sanitária”, consagrado livro de Mário Chaves.

Como é sobejamente conhecida, a principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para enfrentar os problemas de saúde bucal, numa perspectiva de saúde pública, foi o denominado “sistema incremental”, uma tecnologia empregada, sobretudo, no atendimento de escolares (MOYSÉS, 2002; AMARANTE, 2006). Pinto (1989) o conceitua como “*método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas*”, assinalando que se prevê “*uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações.*” O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, “*sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos.*”

Analisando o emprego desta tecnologia no Brasil, Diniz (1987) *apud* Narvai (2006) pondera que “*foi quase uma panacéia para os sanitaristas e para os administradores de serviços odontológicos a nível central, tanto dos órgãos de saúde como nos de formação de recursos humanos*”, enfatizando que “*uma norma técnica do SESP recomendava dar maior ênfase aos escolares por permitir, em virtude de sua concentração nas escolas, um trabalho sistemático e uma ação dinâmica oferecendo tratamento no próprio local de ensino.*” Contudo, Souza (1991) assinala que ao longo do tempo, devido às “*mudanças ocorridas na dinâmica do próprio sistema educacional*” e “*algumas questões estruturais da própria sociedade brasileira*”, criaram-se “*problemas críticos para o desenvolvimento destes programas (...) que foram abandonando os procedimentos característicos do pilar preventivo [e dirigindo] o foco da sua atenção às ações curativas, reduzindo o programa incremental a uma simples técnica de programação.*”

Não obstante, durante toda a segunda metade do século XX a teoria da odontologia sanitária, com destaque para o sistema incremental, influenciou decisivamente as iniciativas do

Estado brasileiro no setor (ZANETTI, 1993; RONCALLI, 2000). Para Narvai (1994) o sistema incremental foi *“transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente”* e, em contextos de *“precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas”*, tornou-se ineficaz e a odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares. O autor salienta, contudo, que *“a partir dos anos 1960, e, sobretudo, após a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal, culminando, já no início dos anos 1980, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD) pelo CONASP, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, criado pelo Decreto nº 86.329, de 2/9/1981.”*

Ao mesmo tempo em que, na organização da assistência odontológica individual, a teoria da odontologia sanitária fez florescer os sistemas incrementais; numa outra direção, ou seja, na perspectiva da promoção à saúde e da prevenção da cárie dentária, esse pensamento formulou propostas de iniciativas intersetoriais envolvendo uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de águas e em unidades escolares. A partir dos resultados obtidos nas primeiras iniciativas de ajuste do teor de flúor nas estações de tratamento, leis municipais e estaduais foram aprovadas, culminando com a aprovação, em 24 de maio de 1974, da Lei Federal 6.050 que obrigou a aplicação da medida nos projetos destinados à construção ou à ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água. Nas unidades escolares, variadas técnicas de uso tópico de flúor foram desenvolvidas ao longo da segunda metade do século XX, envolvendo diferentes frequências de aplicação e de concentração da substância nos produtos.

Conforme Melo et al. (2006) *“entre as medidas que mais têm contribuído para o declínio na prevalência e severidade da cárie dentária na população infantil, encontram-se a adição de flúor nas águas de abastecimento público e nos cremes dentais. Elas consistem de iniciativas interseoriais, ações que dependem também de processos de decisão em organizações que não fazem parte do setor saúde senso estrito (conjunto de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade tecnológica), mas cuja atividade tem impacto importante nos padrões de saúde bucal, e por essa razão fazem parte, em sentido mais amplo, da noção de sistema de saúde”*.

Segundo Melo et al. (2006) *“a fluoretação das águas de abastecimento público foi considerada nos Estados Unidos uma das dez maiores conquistas de saúde pública no século XX. Em 2003, o Brasil completou meio século de prática de aplicação da medida. Muitos estudos foram publicados durante o período e alguns abordaram os traços políticos envolvidos na questão. Alguns especialistas identificaram aspectos que influenciaram o período de maior expansão da medida (1982-89) em nosso país, incluindo os principais determinantes políticos, econômicos e sociais relacionados à sua aplicação (NARVAI e FRAZÃO, 2006). Dessas análises pode-se inferir que a fluoretação das águas é uma medida cuja defesa é contínua e permanente por parte de todos aqueles que compreendem a saúde como direito universal, incluindo tanto os Conselhos de Saúde, quanto os sanitaristas e os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde. Embora a adição de flúor aos cremes dentais de amplo consumo enquanto iniciativa intersetorial não se constitua numa política pública na acepção precisa do termo (a adição não é obrigatória), nem seja executada por organizações estatais, ou empresas concessionárias do Poder Público, ela tem sido importante política de saúde bucal mantida pelos fabricantes de cremes dentais. Praticamente todos os dentifrícios comercializados no país, e com relevância no mercado, contêm fluoretos. Segundo os produtores em nosso país, em 1997 os brasileiros estavam consumindo 508 gramas per capita – um dos melhores índices em nível mundial, com tendência de aumento nas vendas (NARVAI et al., 1999). Uma política pública relevante a ela relacionada corresponde às ações que órgãos do SUS realizam para assegurar a qualidade dos produtos (atividades de vigilância sanitária) e a acessibilidade aos cremes dentais fluorados (programas de escovação supervisionada que incluem a distribuição desses produtos)”*.



**Para refletir**

*“Identifique dois aspectos que caracterizaram a organização das ações de assistência individual mantidas pelo SESP e explique a importância de cada deles nos dias atuais”.*

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Uma polarização marcou a evolução do sistema de saúde brasileiro ao longo do século XX: a separação entre a chamada “saúde pública” e a denominada “saúde previdenciária”. A primeira esteve sob comando dos órgãos aos quais incumbia controlar endemias e epidemias, implementar as ações de vacinação e de “educação sanitária” e outras consideradas de interesse coletivo. Neste âmbito se incluía o SESP (MELLO, 1977). A “saúde previdenciária”, vinculada às Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensões, se encarregava por sua vez, “na medida dos recursos disponíveis”, de prestar assistência aos trabalhadores e seus dependentes, desde que vinculados ao mercado formal de emprego, ou seja, aos portadores de “carteira de trabalho” (POSSAS, 1981). Neste âmbito ganhou destaque o INAMPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O enfrentamento dessa polarização é retomado com a emergência, nos anos 1970, de um movimento conhecido como “Reforma Sanitária” (SCOREL, 1998), gestado nas lutas populares contra a ditadura militar, em “governos municipais populares” (notabilizando-se os de Niterói, Londrina, Montes Claros e Lages) e, sobretudo, nas mobilizações populares em torno da campanha das “Diretas Já” (1984), reivindicando eleições diretas para a Presidência da República. A campanha das “Diretas Já” fortaleceu, impulsionou e conferiu maior vigor político à “Reforma Sanitária”, que buscava a instauração no Brasil de um sistema nacional de saúde unificado, de acesso universal, reconhecendo a saúde como um direito social, e pondo fim à dicotomização “saúde pública”-“saúde previdenciária” (NARVAI, 2003). Cabe sublinhar que o movimento de “Reforma Sanitária” se articulou no período mais duro da ditadura militar, na primeira metade dos anos 1970, quando estava em curso um processo de crescente privatização das ações e serviços de saúde, impulsionado fortemente no âmbito previdenciário (MELLO, 1981; LANDMANN, 1983).

A partir de núcleos de oposição política ao regime militar com atuação no setor saúde, o movimento de “Reforma Sanitária” conseguiu articular diferentes segmentos sociais em torno de um conjunto de proposições sintetizadas na consigna “pela democratização da saúde e da sociedade” e se expressava setorialmente defendendo várias propostas nas quais se destacavam: a unificação do sistema (opondo-se, portanto, à dicotomia saúde pública-saúde previdenciária); a descentralização das ações de modo a que os municípios pudessem tomar decisões em nível local; a universalização do acesso (eliminação da exigência da carteira de trabalho para ingresso aos ambulatorios, hospitais, laboratórios e medicamentos); e, por fim, que tudo isso se fizesse sob controle popular.

Esse conjunto de proposições teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em março de 1986, um momento privilegiado de discussões e pactuação política (PIRES-FILHO, 2004). Foi de tal ordem essa pactuação política que as principais deliberações da 8ª CNS tiveram acolhida favorável entre os parlamentares eleitos para a Assembleia Nacional Constituinte de modo que, quando esses constituintes promulgaram, em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, ali estavam as principais deliberações da 8ª CNS consagradas na Carta Magna. Em síntese referiam-se à: (a) saúde como um direito de todos e um dever do Estado (art. 196); (b) criação de um sistema único de saúde – SUS (art. 198); (c) gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera de governo (art. 198); (d) integralidade das ações de saúde, com prioridade para as medidas preventivas (art. 198); (e) participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (art. 198). Posteriormente, em 1990, as Leis Federais 8080 e 8142 viriam a regulamentar esses preceitos constitucionais e estabelecer novas bases legais para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. Desde então, a luta para que a saúde seja efetivamente um “direito

de todos e dever do Estado”, conforme se conseguiu inscrever na Carta Magna (art. 196), mobiliza diariamente centenas de milhares de trabalhadores e militantes sociais em todo o país.

Não tem sido fácil a construção do SUS. O sistema vem se configurando, a um só tempo, como uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma do Estado, numa perspectiva popular, e, exatamente por isso, é objeto diário de ataque dos setores interessados em mercantilizar a prestação de serviços no setor – frise-se, com entusiasmada ajuda da mídia, sempre interessada em vender todo tipo de anúncios “de saúde”, o que inclui desde “planos” de “saúde” a um sem número de porcarias embaladas em cápsulas. Projeto claramente anti-neoliberal e, portanto, contra-hegemônico, a construção do SUS, tal como proposto pelo movimento de “Reforma Sanitária”, foi objeto de boicote permanente por todos os governos federais, desde sua aprovação em outubro de 1988 (CAPISTRANO-FILHO, 1995). A tal ponto que até funcionários da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Fundo Monetário Internacional (FMI) sentiram-se no direito de “dar uma mãozinha” aos governos de Fernando Collor a Fernando Henrique Cardoso, atacando os princípios do SUS, sobretudo a universalização, e defendendo a limitação de “benefícios” a uma “cesta básica de saúde” (ABRASCO, 1998). Para George Alleyne, diretor da OPAS, *“o Estado deve e pode garantir um conjunto mínimo de serviços, uma cesta básica. Quando chegamos à tecnologia mais sofisticada, a aspectos mais caros da atenção, creio que há espaço para o mercado (...) O governo deve assumir a responsabilidade apenas sobre os serviços básicos. Nos serviços mais sofisticados, o Estado tem de garantir que pessoas desfavorecidas tenham acesso. Mas as pessoas que têm capacidade de pagar, devem custear esses serviços.”* A “cesta básica” proposta por Alleyne compreende apenas consultas ambulatoriais, vacinação e programas de saneamento (FALCÃO e GAZIR, 1998). Tal limitação decorre do não reconhecimento da saúde como um direito social, mas, ao contrário, entendendo-a como “privilegio”, “benefício”, condição-mercadoria à qual deve ter acesso apenas quem possa pagar por isso, consumindo-a como uma mercadoria qualquer.

Narvai (2003) assinalou que *“um aspecto altamente positivo do Governo Lula [2003-2006] foi reafirmar o compromisso com a construção do SUS e, coerentemente, nomear militantes históricos da Reforma Sanitária para os escalões superiores do Ministério da Saúde.”* Porém, antes mesmo da posse em 1/1/2003 já se questionava, tanto no Brasil quanto no exterior, a capacidade de seu governo, resultante de alianças com antigos adversários, de diminuir as desigualdades em saúde no país e concretizar as propostas da Reforma Sanitária (FINGER, 2002).

### Saiba mais

Nas duas últimas décadas do século XX, observou-se significativo declínio da experiência de cárie dentária na população infantil brasileira. A fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados aos dentifrícios e a **descentralização do sistema de saúde brasileiro** são fatores que devem ser considerados para compreender esse fenômeno (NARVAI *et al.*, 1999).

## SAÚDE BUCAL NO SUS

A inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos e contradições, desde a criação do Sistema, pelos constituintes de 1988. Apesar de os delegados participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB, 1986) terem proposto claramente a *“inserção da saúde bucal no sistema único de saúde”* por meio de um *“Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal”* (...) *“universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal”*, os governos que se sucederam desde então não acataram essa deliberação.

Tendo em vista as denúncias praticamente diárias de corrupção e desvios de recursos públicos no sistema previdenciário nos anos 1970-80 (MELLO, 1981; LANDMANN, 1983), os participantes da 1ª CNSB afirmaram que deveria haver a *“suspensão dos recursos aplicados no setor privado, com utilização desses recursos na ampliação e plena ocupação dos serviços próprios, como forma de implementar o Sistema Único de Saúde (...) com intervenção nos serviços fraudadores e desapropriação, com indenização, dos serviços necessários estrategicamente ao pleno funcionamento do sistema.”*

A resposta do governo federal expressa os conflitos do período. Pelo lado do Ministério da Previdência e Assistência Social, a ação foi criar um Departamento de Odontologia no INAMPS e implementar, em 1988, um “Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor” (PNCCSF), planejado e executado de modo vertical e centralizado na direção geral do órgão, no Rio de Janeiro. Ao invés de descentralizar as ações para que os municípios pudessem planejar localmente o que fazer em saúde bucal, o governo federal instituía mais um programa nacional, centralizado e vertical (BOTAZZO *et al.*, 1989). Pior: nesse contexto onde se reivindicava descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, incluindo os odontológicos (CNSB, 1986), o Ministério da Saúde (MS) definiu, em 1989, inclusive de modo paralelo e concomitante à iniciativa do INAMPS, do mesmo governo federal, uma “Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL 1989). Com base nessa definição o MS lançou, também de modo centralizado e vertical, o PRECAD – Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PNSB, 1989). Ambos os programas federais na área de saúde bucal, o PNCCSF e o PRECAD, foram definidos em absoluta contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde que, naquele contexto, passavam a se constituir em exigência claramente fixada pela nova Constituição da República, a ‘Carta Magna’. Esta, no dizer de Ulysses Guimarães, era a “Constituição Cidadã” que, pondo fim ao regime ditatorial, instituía no Brasil, no art. 1º, um “Estado democrático de direito” (BRASIL, 1988).

Ademais, o governo federal sinalizou, naquele momento, grande falta de sintonia com as aspirações de estados e municípios. Além de praticamente ignorar as deliberações da 1ª CNSB, o governo federal desconsiderou também o conjunto de proposições apresentado por administradores e técnicos de serviços públicos odontológicos que, reunidos em Goiânia, em 1984, num encontro nacional, aprovaram o documento intitulado “Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático”. Neste documento, dentre dezenas de outras proposições, reivindicava-se o direito e a necessidade de estados e municípios planejarem e implementarem ações de saúde bucal de acordo com suas respectivas realidades sociais e epidemiológicas (ENATESPO, 1984; MANFREDINI, 1996; PIRES-FILHO, 2004).

A eleição direta de Fernando Collor de Mello à Presidência da República, em 1989, encerrando um longo ciclo de presidentes ilegítimos, pôs fim igualmente aos dois programas nacionais de saúde bucal, o PNCCSF e o PRECAD, formulados na gestão que o precedeu. O novo governo definiu sua política nacional de saúde no documento intitulado “Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – A saúde do Brasil Novo” e não explicitou uma política nacional específica para a área de saúde bucal. No mencionado documento apresentavam-se metas para câncer de orofaringe, cárie e doença periodontal e as respectivas atividades a serem desenvolvidas para alcançá-las. As metas mencionavam a redução na porcentagem de diagnósticos tardios de câncer “de 80% para menos de 40%”, a “diminuição de 30% da mortalidade por câncer bucal”, entre 1989 e 1995; e a “redução de 50% do número de crianças em idade escolar atingidas por manifestações de doença periodontal”, entre outras esquisitices epidemiológicas. Quanto à cárie dentária propunha-se “a diminuição do número de dentes atacados por cárie aos 12 anos (...) de 6,7 em média, para 4,3, até 31 de agosto de 1995” (BRASIL, 1990).

Durante o governo Collor a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada numa coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O INAMPS foi extinto, mas

a lógica de financiamento da rede de unidades de saúde por meio de um sistema de transferência de recursos por produção de serviços foi mantida. Desse modo, estados e municípios passaram a ser considerados, pelo governo neoliberal da época, prestadores estatais. Uma rede formada por prestadores privados e estatais isolados favorecia o desempenho desordenado dos órgãos conveniados e contratados. Esse modelo de atenção, que valorizava a quantidade de procedimentos executados, acarretava conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdícios de recursos e mau atendimento à população.

Nesse contexto, foi aprovada a Portaria nº 184 (Brasil 1991) que criou os “Procedimentos Coletivos” de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Como no período eram financiadas somente iniciativas inter-setoriais ligadas à fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica, sua edição criou condições para que atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (entre elas, aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluorado) pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FRAZÃO, 1998).

Nesse governo, foi também proposta a substituição da política de fluoretação das águas de abastecimento público (aprovada em 1974 pela Lei Federal 6.050) pela fluoretação do sal de cozinha, iniciativa que encontrou forte oposição do Conselho Nacional de Saúde e dos técnicos e especialistas da área, e não prosperou (SILVA, 1991; NEDER e MANFREDINI, 1991). Cabe assinalar que a “Política Nacional de Saúde Bucal”, aprovada em 25/10/1988 pelos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e pelas cinco entidades profissionais da odontologia no âmbito nacional (Conselho Federal de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Federação Nacional de Odontologistas, Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Academia Brasileira de Odontologia) havia reafirmado a estratégia sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público como um dos pilares básicos para a prevenção da cárie dentária no Brasil.

Collor sofreu *impeachment* em 1992 e, no governo que se seguiu (Itamar Franco), houve expressivo declínio nas ações de saúde bucal no âmbito do Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal que seguiu praticamente irrelevante durante os anos 1990, atravessando o governo de Itamar Franco e os dois governos de Fernando Henrique Cardoso sem qualquer renovação. Tal característica seria revertida apenas com a eleição de Luis Inácio Lula da Silva, em 2002.

Em 1993, logo após a saída de Collor (29/12/1992), realizou-se a 2ª CNSB, sob o tema central “Saúde bucal é direito de cidadania”, numa conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988 – inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagra a “saúde como direito de todos e dever do Estado” – e por eleições presidenciais no ano seguinte. Esta segunda Conferência, específica sobre saúde bucal, esteve articulada à 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), cujas discussões se voltaram principalmente para os problemas decorrentes da forte resistência do governo federal em assegurar ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do Sistema Único de Saúde e em avançar na descentralização das ações e serviços (PIRES-FILHO, 2004). Os estados e, sobretudo, os municípios, expressavam franca animosidade com as resistências do governo federal em avançar na descentralização do sistema. A etapa nacional da 2ª CNSB aconteceu em Brasília, em setembro de 1993 (dias 25 a 27). Na “Carta da 2ª CNSB”, o texto que abre o documento com as deliberações do evento, afirmava-se que *“o pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia são resultados da política do ‘Estado Mínimo’ que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania”* (CNSB, 1994).

A 2ª CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, reconhecendo-a como “direito de cidadania”, e indicando as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal” e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde, e defendendo a descentralização das ações “com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social”. Mas os delegados alertaram também para a possibilidade de não se concretizarem as proposições apresentadas pela 2ª CNSB, tendência que deveria ser revertida “... com muita luta. Luta junto aos Conselhos de Saúde para que absorvam as resoluções como diretrizes políticas e que, a partir daí, definam as prioridades e os programas locais; luta através do Ministério Público para que se cumpra a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar Saúde; luta junto aos Governos Estaduais e Municipais para que incluam a Saúde Bucal entre as ações de saúde.” Não obstante essa disposição, foram poucos os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal sob os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2001).

Ao mesmo tempo em que essas dificuldades eram observadas no plano nacional, é importante registrar conforme Melo et al. (2006) que “no final dos anos 90 do século XX, vários municípios brasileiros apresentavam uma rede de serviços públicos odontológicos que assegurava acesso universal à assistência odontológica de urgência e ações programáticas dirigidas aos pré-escolares e escolares e aos usuários de unidades básicas de saúde. Informações transmitidas nos Encontros de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, tradicional espaço de discussão das políticas de saúde bucal, indicavam experiências públicas variadas, incluindo ações e serviços voltados a diferentes populações-alvo segundo ciclo de vida (desde recém-nascidos até idosos), características étnicas (indígenas, quilombolas) e contexto social (áreas rurais, instituições de longa permanência etc.)”. Segundo os autores “assistiu-se significativo esforço na direção da universalização da atenção básica à saúde bucal. Ao mesmo tempo, gargalos e limitações relativos à integralidade da atenção foram reiteradamente identificados no período. Pode-se considerar que a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) – um mecanismo para dissociar o financiamento dos sistemas municipais, da produção das ações de atenção básica à saúde – contribuiu para aumentar a capacidade da gestão local e para o florescimento de propostas de planejamento e emprego de recursos com base nas necessidades de saúde coletiva.” (MELO et al., 2006).

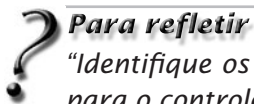
Uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi aberta apenas em 2000, com a edição da Portaria 1.444, de 28/12/2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família” (BRASIL, 2000; CALADO, 2002). Segundo Calado (2002) o Programa de Saúde da Família (PSF) “se configurou como uma das tentativas de resposta do Ministério da Saúde à crise vivenciada pelo setor saúde nas duas últimas décadas. Foi concebido e implantado em 1994 com o objetivo de proceder ‘a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital’.”

Em 2002, o Brasil elegeu um presidente oriundo das forças políticas de oposição ao governo anterior. Essa mudança colocou “em outro patamar” os princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, e possibilitou a redefinição da Política Nacional de Saúde Bucal e a instituição do “Programa Brasil Sorridente”.

### Saiba mais

No texto de abertura do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, intitulado “Conferência Nacional de Saúde Bucal: lutas e conquistas”, diz-se que “o período que se abriu com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva à Presidência da República colocou em outro patamar as lutas populares em defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do ideário do SUS, construídos na difícil resistência à ditadura militar e que tiveram, na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, a instância maior de deliberações e proposições que viam a se transformar em lei por meio da Constituição de 1988.” (CNSB, 2004).





### Para refletir

*“Identifique os recursos e as instâncias de participação que o cidadão e a comunidade dispõem para o controle das políticas públicas de saúde bucal. Você as considera adequadas?”*

## BRASIL SORRIDENTE

O “Programa Brasil Sorridente” foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2003), definida no âmbito do Governo Lula (2003-2006) logo após sua posse e integrada ao “Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil”, objeto da Portaria 2.607/04, de 10/12/2004, do Ministério da Saúde.

Nesse documento ministerial a Política é sumarizada sob o título “Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal” conforme segue: *“A atenção em saúde bucal no país, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros: (1) na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; (2) na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; (3) na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e, (4) na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção. O elenco das medidas a serem empreendidas, compreenderá: a fluoretação das águas; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, visando à autonomia e ao autocuidado; a aplicação tópica de flúor, objetivando a prevenção e o controle da cárie em ações coletivas, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado). O diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. O tratamento deverá priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde. Já as ações de reabilitação consistirão na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e na sua atividade profissional. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á: (1) a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal; (2) a implantação e o aumento da resolubilidade do pronto-atendimento, avaliando-se a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e orientando o usuário para retorno ao serviço e a continuidade do tratamento; e (3) a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, considerando-se a sua possibilidade de inserção, em cada local. Deverá ser considerada a possibilidade de, em cada local, serem inseridos procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuirão para ampliar a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico em*

*cada local, aumentando o seu impacto e cobertura, bem como o estreitamento do vínculo entre o serviço e o usuário. A viabilização dessas possibilidades implicará suporte financeiro e técnico específico que contribua para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões e a capacitação de técnicos em prótese dentária – TPD e auxiliares de prótese dentária APD da rede SUS. Na ampliação do acesso, buscar-se-á superar o modelo biomédico de atenção às doenças, mediante duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: (1) por linhas de cuidado; e (2) por condição de vida. A primeira compreenderá o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada com a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Já a atenção por condição de vida compreenderá a saúde da mulher, a do trabalhador, a de portadores de necessidades especiais, a de hipertensos, a de diabéticos, entre outras. Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.” Dentre as metas fixadas para o período 2004-2007 fixaram-se “distribuir, anualmente, 1,9 milhão de kits de higiene bucal e implantar 550 Centros de Especialidades Odontológicas e ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 milhões de procedimentos.”*

No documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2003), identificam-se seis “princípios norteadores das ações” a serem desenvolvidas “na perspectiva do cuidado em saúde bucal” que, segundo o documento, são complementares aos princípios da universalidade, integralidade e equidade, expressos no texto constitucional. Esses princípios complementares são:

- 1) Gestão Participativa:** definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo.
- 2) Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde.
- 3) Acesso:** buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.
- 4) Acolhimento:** desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.
- 5) Vínculo:** responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina

ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta [clínica ou não] recebida pelo usuário.

- 6) Responsabilidade Profissional:** implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

No processo de discussões sobre a política de saúde bucal do Governo Lula, o conjunto de proposições foi submetido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (na 139ª Reunião Ordinária do CNS, de 4 a 6/2/2004) e, no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito mais geral da sociedade, também os participantes da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, delegados às diferentes etapas que a constituíram, puderam debater e apresentar propostas relacionadas à implementação e ao desenvolvimento da política. Ao fazer considerações sobre o Relatório Final da 3ª CNSB Narvai (2006) assinala que o documento é a *“expressão de um processo que teve a participação direta, em todo o país, de cerca de 90 mil pessoas (...) contém 298 propostas, aprovadas por 883 delegados eleitos em 27 conferências estaduais das quais, por sua vez, participaram representantes indicados em 2.542 conferências municipais ou regionais de saúde bucal. O documento foi estruturado segundo quatro eixos, a saber: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal; e, 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal.”* Cabe salientar, também, o registro feito no Relatório Final de que a Conferência aconteceu *“numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais – onde pontificam a intensificação da violência urbana e o aumento do desemprego – e, também, pelas enormes dificuldades para fazer as mudanças reclamadas pela maioria da população, notadamente a reforma agrária e as mudanças na política econômica, libertando-a do jugo do Fundo Monetário Internacional e dos especuladores do sistema financeiro, e fazendo-a instrumento para gerar trabalho e renda e melhorar a vida de todos. A 3ª CNSB se realiza, enfim, num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, entre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal.”* (CNSB, 2004).

Poucos autores têm dirigido um olhar crítico ao ‘Brasil Sorridente’, embora se saiba que essa Política não tem a aprovação ‘quase unânime’ que observadores menos atentos possam supor. Há críticos – e são muitos. Há quem critique, sobretudo, o governo que a implementa, mas há também críticos da política específica. Em relação a esse aspecto, contudo, poucos explicitam suas críticas.

Por essa razão, ganha relevância o trabalho de Pires-Filho, publicado em 2004. O ensaio “Brasil Sorridente: acredite, se quiser, mas... é difícil” é aberto por um excerto do “Livro dos Abraços”, de Eduardo Galeano, intitulado ‘Celebração da Desconfiança’. O autor inicia registrando que *“em 17 de março de 2004, ninguém menos que o Presidente da República do Brasil – Luiz Inácio Lula da Silva – dirigiu-se a Sobral [para] lançar oficialmente a Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente, de seu Governo.”* Menciona a presença de *“um conjunto significativo de autoridades”* entre as quais ministros, senadores, o governador do Ceará, deputados, prefeitos, vereadores, presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, dirigentes das mais significativas entidades odontológicas, estudantes, profissionais da área, *“além, evidentemente, da...”*

*população local. (...) Com direito a bandeirinhas, banda de música, discursos, palmas e homenagens ao Presidente, o acontecimento conseguiu marcar o cenário nacional.” Pires-Filho salienta que “até isso ocorrer (...) dificilmente se imaginaria que [a saúde bucal] pudesse merecer tal atenção (...) como elemento das políticas sociais públicas. Ou seja, como tema ligado ao direito de cidadania e não como questão de mercado.”*

Segue-se, no referido texto, detalhada análise das condições socioeconômicas e políticas que caracterizam o contexto histórico em que o Brasil Sorridente foi lançado, e o ceticismo e frustração que se seguiram a iniciativas similares *“de outros planos governamentais voltados para a saúde bucal que... não saíram do discurso ou do papel”*. Pondera, entretanto, que a iniciativa *“gera, no meio técnico e profissional, um sentimento de valorização há muito desgastado, combatendo o clima de desesperança e desestímulo que corrói as práticas sociais, reduzindo a motivação e mobilização, fundamentais à reafirmação de compromissos com o que é público e de responsabilidade do Estado, hoje, minimizados pelos interesses privatistas e pelas políticas de cunho neoliberal, que continuam a ditar os rumos de nossa sociedade.”* Para Pires-Filho, a denominação ‘Brasil Sorridente’ é um *“equívoco pedagógico (rir do que no Brasil?!), indaga o autor) pois induz a uma falácia de viabilidade – a de que, se no Brasil as pessoas tiverem dentes sadios, se terá um país sorridente. Parte-se de uma premissa verdadeira (é preciso conquistar a saúde bucal), mas induz-se a uma conclusão falsa (com isso o Brasil será feliz e sorridente) (...) induz a que se tome como objeto da saúde bucal a estrutura física e não o homem em sua integralidade bio-psico-social.”*

Após identificar e analisar as dificuldades para implementar a política *“em quatro questões referentes à intersectorialidade, ao financiamento, à gestão e controle social e aos recursos humanos”*, Pires-Filho conclui afirmando que *“se está frente a um desafio complexo e de considerável grau de dificuldade”*. Recusa a classificação dicotômica de “otimistas” (os que seriam “compreensíveis e sensatos”) e “pessimistas” (os que seriam, como disse FHC, “catastrofistas e neobobos”, ou “adjetivos e epítetos menos elogiosos”) em relação à proposta do governo Lula, e avalia ser mais apropriado, nesse caso, *“considerar o problema da viabilidade”* da política de acordo com a dinâmica social e com a *“capacidade organizativa dos que se dispõem a atuar no sentido da transformação da realidade, que como obra dos homens, como construção histórica, só por eles mesmos pode ser modificada.”*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram apresentados alguns traços básicos relacionados aos conhecimentos sobre as políticas de saúde bucal no Brasil. Cumpre advertir que a evolução dessas políticas subsetoriais resultou de disputas e embates de diferentes forças sociais no âmbito da sociedade, do Estado e da profissão em particular, alinhadas a orientações políticas distintas. O rumo que essas políticas vão tomar nos próximos anos dependerá de uma multiplicidade de condições ligadas ao papel do Estado diante das políticas sociais e econômicas e ao alargamento do imprescindível controle público dessas ações.

No Primeiro Fórum Social Mundial da Saúde, realizado em Porto Alegre em 2005, como parte das atividades do Fórum Social Mundial, reafirmou-se que *“a efetivação do Direito Humano à Saúde está fortemente vinculada ao modelo econômico e social vigente e à construção de sistemas e políticas públicas nacionais e globais que garantam os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com participação social protagonista; para tanto temos que romper a dependência das políticas de saúde das orientações hegemônicas derivadas dos princípios de mercado.”* (FSMS, 2005).

Do mesmo modo que se manifestam as relações público-privadas na saúde pública, as disputas entre os interesses da “Odontologia de Mercado” e os da “Saúde Bucal Coletiva” envolvem

aspectos relacionados com o aprofundamento da democracia e com o controle do Estado pela sociedade (e, sobretudo, da gestão, alocação, uso e destino de fundos e de recursos públicos), que requerem a consideração, concomitante, de muitos outros aspectos da vida social para além daqueles decorrentes das dificuldades da administração direta de órgãos estatais em gerir políticas de atenção à saúde bucal e serviços públicos odontológicos.

Esses diferentes interesses se expressam em orientações distintas que disputam proposições e parcelas de poder não apenas em espaços institucionais, mas, sobretudo, no âmbito da sociedade na interação dos profissionais com outros trabalhadores da saúde, com forças sociais e movimentos populares de saúde (MANFREDINI, 2006).

Tendo em vista, portanto, as disputas políticas e ideológicas travadas também nesta área, só a História poderá esclarecer que rumos tomarão as políticas de saúde bucal nas próximas décadas no Brasil. A propósito Moysés (2007) pondera que *“políticas como as representadas pelo ‘Brasil Sorridente’, não obstante pareçam caminhar na direção correta, ainda são bem recentes. Embora com potencial para tal, ainda não têm a capilaridade e a solidez política para enfrentar as dimensões estruturais e particulares que determinam as iniquidades em saúde bucal e de acesso na utilização dos serviços odontológicos, nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde [e que] o Brasil deverá enfrentar a questão central de definir a atenção à saúde bucal de seus cidadãos como parte de uma política de Estado, devidamente valorizada e financiada.”* (MOYSÉS, 2007).

Comentando os desafios da Saúde Pública no século XXI, especialistas têm ressaltado a necessidade do engajamento político nas práticas de saúde pública (BEAGLEHOLE, 2004), assinalando que a negligência da dimensão política da saúde pública tem sido provocada pelo predomínio do pensamento biomédico e da ideologia conservadora e neoliberal, incluindo o efeito das reformas do setor saúde sob sua égide. Além disso, insuficiente atenção estaria sendo dada a adequados programas de formação e desenvolvimento profissional e às linhas de investigação sobre os determinantes de políticas e programas de saúde, quadro este que se agrava ainda mais pelo poder dos interesses comerciais e pela dificuldade de ação dos trabalhadores do setor, fragilizados por sua vulnerabilidade administrativo-funcional, falta de confiança nas instituições onde atuam, e precarização trabalhista.

Assim, para superar os constrangimentos atuais, e enfrentar os problemas mencionados, será necessária a formação de sólidas lideranças no âmbito dos serviços e da universidade, com estreita articulação nas organizações de base da sociedade e uso adequado (responsável e ético, portanto) dos instrumentos de mídia, que devem atender primeiramente ao interesse público e não apenas os dos seus proprietários e/ou acionistas. A disputa no campo das práticas deve estar combinada à disputa no campo simbólico a fim de fazer refluir o discurso hegemônico, resgatando a saúde-doença com processo social, como fato essencialmente coletivo e de interesse público (LEFÈVRE, 1996).

Para isso, o movimento teórico-político da Saúde Bucal Coletiva deve ser capaz de fazer uma crítica radical da atual estrutura odontológica, médica e sanitária, clarificando os determinantes do processo saúde-doença. Conforme as palavras de David Capistrano Filho, *“nosso trabalho é uma guerra (...), uma guerra contra as consequências, no campo da saúde, da miséria, da fome, da ignorância, dos ambientes de trabalho insalubres e inseguros, de toda uma forma de organização social violenta, cruel, geradora de desigualdades brutais. Numa palavra, nós travamos uma guerra em defesa da saúde e da vida, contra o rastro de sofrimento e de morte com o qual o capitalismo brasileiro marca a existência de milhões de pessoas”* (CAPISTRANO-FILHO, 1995). Para travar e obter vitórias nessa “guerra”, a Saúde Bucal Coletiva deve ser também capaz de se vincular organicamente aos trabalhadores e ao conjunto das forças sociais que buscam a consolidação da democracia política, social e econômica no Brasil, condição *‘sine qua non’* para produzir cotidianamente a saúde – bucal, inclusive – de famílias e comunidades.



## REFERÊNCIAS

1. ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Outra vez a cesta básica*. Boletim da ABRASCO 1998;16:1. (Editorial).
2. AMARANTE LM. *A odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná*. Curitiba: SESA; 2006.
3. BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; HORTON, R.; ADAMS, O.; MCKEE, M. *Public health in the new era: improving health through collective action*. Lancet 2004;363:2084-86.
4. BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.
5. BOTAZZO, C.; MANFREDINI, M.A.; NARVAI, P. C. *Selantes e flúor em saúde pública*. RGO 1989;37(2):155-8.
6. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 1989. [Documentos Técnicos, série A, DNSB 5].
8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Quinquenal de Saúde 1990-1995 – *A saúde do Brasil Novo*. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
9. BRASIL. *Lei Federal 8.080*. Diário Oficial da União, 20/09/1990, p. 18.055.
10. BRASIL. *Lei Federal 8.142*. Diário Oficial da União, 31/12/1990, p. 25.694.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria n° 184*, de 9/10/1991. Diário Oficial da União 10/10/1991, p. 22125-7.
12. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 1.444*, de 28/12/2000. Diário Oficial da União 29/12/2000, seção 1, p. 85.
13. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. *Portaria n° 2.607*, de 10/12/2004. Diário Oficial da União 13/12/2004, seção 1, p. 69-86.
14. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
15. CALADO, G.S. *A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios [dissertação de mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
16. CAPISTRANO-FILHO, D. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec; 1995.
17. CARVALHO, C. L. *Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira [tese de doutorado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
18. CNS. 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.
19. CNSB. 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 10 a 12/10/1986. *Relatório Final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.
20. CNSB. 2ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 25 a 27/9/1993. *Relatório Final*. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 1994.
21. CNSB. 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 29/7/2004 a 1/8/2004. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. CUNHA, E. S. *História da Odontologia no Brasil (1500-1900)*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Científica; 1952.
23. DINIZ, J. *Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico [tese de doutorado]*. Salvador: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia; 1987.
24. ENATESPO. 1º. Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, Goiânia, 5 a 8/12/1984. *Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático*. Goiânia: mimeo; 1984.
25. ESCOREL, S. *Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
26. FALCÃO, D.; GAZIR, A. *Opas defende fim da saúde universal gratuita*. Folha de S.Paulo, 14 dez 1998; p.C4 [Cotidiano].
27. FERNANDES-JUNIOR, L. R. *A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná: memória 1953 a 1983*. Curitiba: Fundação Caetano Munhoz da Rocha; 1988.
28. FINGER, C. *Can Lula narrow Brazil's gaping health inequalities?* The Lancet 2002;360:1488.
29. FRAZÃO, P. *Tecnologias em saúde bucal coletiva*. In: Botazzo C, Freitas SFT (org). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru-São Paulo: EDUSC-EDUNESP; 1998.
30. FREYRE, G. *Casa grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 36ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1999.

31. FSMS. 1°. Fórum Social Mundial da Saúde, *Posição Final*. Porto Alegre; 2005
32. HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 14ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1981.
33. LANDMANN, J. *Medicina não é saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
34. LEFÈVRE, F. *Saúde, mídia e reificação*. In: Pitta A. Comunicação, visibilidades e silêncios. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.
35. LUZ, A. S.; CAMPOS, A. A. *Epidemiologia: saúde bucal e condições de vida*. Fortaleza: Expressão; 2003.
36. MANFREDINI, M. *Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes*. In: Campos FCB, Henriques CMP (org). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta; 1995.
37. MANFREDINI, M. A. *Saúde bucal no programa saúde da família no Brasil*. In: Dias AA (org). *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Ed. Santos; 2006.
38. MARTINO, L. V. S. *O cirurgião-dentista e o serviço sanitário do Estado de São Paulo: uma revisão histórica [monografia de especialização]*. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2003.
39. MEDEIROS-JUNIOR, A. RONCALLI, A. G. *Políticas de saúde no Brasil*. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC (org). *Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFRRN; 2004.
40. MELO, M. M. D. C.; FRAZÃO, P.; JAMELLI, S. *Saúde bucal e doenças crônicas não transmissíveis: determinantes e fatores de risco que exigem ação articulada no contexto de construção do sistema de vigilância à saúde*. In: Freese E (org.). *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Universitária UFPE; 2006
41. MELLO, C. G. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: CEBES-HUCITEC; 1977.
42. MELLO, C. G. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: CEBES-HUCITEC; 1981.
43. MOYSÉS, S. J. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
44. MOYSÉS, S. J. *Saúde bucal*. In: Giovanella L et al (org). *Políticas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
45. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. *Declínio na experiência de cáries em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX*. *Odontologia e Sociedade* 1999; 1: 25-9
46. NARVAI, P. C. *Brasil, 500 anos: país dos banguelas?* *Qualidade de Vida* 2000;2(12):1-3.
47. NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
48. NARVAI, P. C. *Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade*. *Revista de Saúde Pública* 2006;40(Esp):141-7.
49. NARVAI, P. C.; Frazão, P. *Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva*. In: Antunes JLF, Peres MA (org). *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
50. NARVAI, P. C. *Saúde: governo transgênico?* *Revista Adusp* 2003(29):28-33.
51. NEDER, A. C. MANFREDINI, M. A. *Sobre a oportunidade de fluoretação do sal no Brasil: a modernidade do atraso*. *Saúde em Debate* 1991;(32):72-4.
52. PINTO, V. G. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. 1ª ed. São Paulo: Ed.Santos; 1989.
53. PIRES-FILHO, F. M. *Políticas de saúde bucal: pingos e respingos – registros para uma contribuição crítica*. Porto Alegre: edição do autor; 2004.
54. POSSAS, C. A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1981.
55. RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese de doutorado]*. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
56. ROSENTHAL, E. *A odontologia no Brasil no século XX: história ilustrada*. São Paulo: Ed. Santos; 2001.
57. SILVA, M. F. A. *O problema da fluoretação do sal no Brasil*. *RGO* 1991;39(4):306-8.
58. SOARES, M. C. *Panorama da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003 [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
59. SOUZA, D. S. *A saúde bucal no sistema único de saúde*. *Divulgação em Saúde para Debate* 1991;(6):4-9.
60. TEBYRICÁ, R. W. *Evolução da medicina e da odontologia*. *Boletim Odontológico Paulista* 1928;(17-18):347.
61. VASCONCELLOS, M. C. C. *Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo, 1889-1980 [tese de doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984.
62. WERNECK, M. A. F. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [tese de doutorado]*. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.
63. ZANETTI, C. H. G. *As marcas do mal-estar no sistema nacional de saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80 [dissertação de mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.