



Pesquisa Teoria e Metodologia

Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal

Recognizing the latent challenge in history: contextualized periodization of oral health models

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: Este artigo se ocupa da evolução dos modelos de saúde bucal instituídos no Brasil, da segunda metade do século XX a 2004, em diálogo com alguns elementos do arcabouço jurídico-institucional da formação em odontologia. Trata-se de uma periodização contextualizada, constituída na relação dialógica entre texto e contexto. A revisita a esse percurso demonstrou que os modelos incremental, simplificado e integral foram expressões incipientes de atenção primária à saúde. À exceção do modelo de inversão da atenção, os demais responderam a um momento do Estado brasileiro e de suas políticas e movimentos. Ainda que a conquista do modelo do cuidado tenha promovido um avanço histórico, o desafio latente está na necessidade de ele abraçar a transformação social e criar uma forma de reparação ética e solidária do débito histórico e uma forma de impulsão à totalidade concreta do pensamento social para o enfrentamento da realidade cotidiana, conferindo à determinação social do processo saúde-doença a condução do cuidado. A concepção ativista de prática e de formação, proposta por Antonio Gramsci, parece oportuna.

Palavras-chave: Desigualdade Social. Desigualdades em Saúde. Determinação das Necessidades de Saúde. Política Pública.

Abstract: : This article focuses on the evolution of oral health models instituted in Brazil from the second half of the 20th century through 2004, in dialogue with some elements of the legal-institutional framework in dentistry education. It is a contextualized periodization built in the dialogical relation between text and context. The historical analysis demonstrated that the incremental, simplified and integral models were early expressions of primary healthcare. With exception of the healthcare inversion model, the other models responded to a specific moment in the history of the Brazilian State, its policies and movements. Although the conquest of the basic healthcare model has promoted a historical advancement, the latent challenge lies in its need to embrace the social change and to design a new form of ethical and solidary reparation of the historical debit and a way to foster the concrete totality of the social thought in order to cope the daily reality what would provide the social determination of the health and disease process with the healthcare conduction. The activist concept of practice and education, as proposed by Antonio Gramsci, seems opportune.

Keywords: Social Inequality. Health Inequalities. Determination of Health Needs. Public Policy.

1. INTRODUÇÃO

O projeto transformador efetivo em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como imagem-objetivo a materialização de políticas inclusivas, ancoradas no imperativo ético de transformar as históricas desigualdades em saúde em produção social de saúde. Ao longo da consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS, esse projeto tem exigido impulsão a um modelo de atenção à saúde que considere a dimensão histórico-social como determinante estrutural do processo saúde-doença.

Em sua dimensão social, os modelos de atenção à saúde podem ser compreendidos como um conjunto de tecnologias físicas e humanas estruturadas para responder às necessidades de saúde de uma coletividade. Correspondem ao modo como os serviços organizam as ações, a partir de deliberações, nas quais concorre uma pluralidade de saberes, fazeres, ferramentas, poderes e estratégias políticas dos atores sociais. Podem operar de modo hegemônico ou integrar outros modelos¹. Nessa perspectiva, um modelo de atenção corresponde a uma interface entre o campo da saúde e a população, estabelecida em determinado momento histórico: uma interface de comando da produção de serviços. Ele é a expressão do projeto político setorial, inscrito no macroprojeto estatal para a saúde em um momento histórico.

Ao longo da segunda metade do século XX, o campo da odontologia pública brasileira experimentou modelos assistenciais de saúde bucal com distintas imagens-objetivo e operados a partir de atravessamentos de aspectos de suas dimensões curativistas e preventistas. No momento contemporâneo vigora o modelo do cuidado da atenção básica vinculado à vigilância à saúde. Esse modelo foi apresentado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como aquele capaz de impulsionar a garantia do direito à saúde bucal a partir de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação². Sua conformação também foi compreendida com capacidade para ampliar o horizonte formativo em odontologia.

Estudos científicos apontam que a formação em saúde e, com efeito, em odontologia, revelam um consenso sobre a correspondência entre o modelo de formação e o modelo hegemônico de práticas vigentes em determinada época³⁻⁴⁻⁵⁻⁶.

Na história da odontologia, o modelo hegemônico de práticas correspondeu ao paradigma hegemônico da medicina liberal: o liberal-privatista, gerado nos anos 1920 em condições oportunizadas pelo contexto da necessidade biopolítica de dar assistência a trabalhadores da indústria e urbanos⁷. Esse modelo estabeleceu relações de hegemonia⁸ nos anos 1940. Representadas pela supremacia dos valores previdenciários, circulantes nas relações históricas, sociais e culturais do momento histórico, elas geraram o consenso pela compra de serviços privados⁷, que foi fortemente impulsionado após o golpe militar de 1964, pela necessidade de garantia da capacidade produtiva, quando se expandiu a rede privada contratada⁷. Nesse sentido, o desenvolvimento histórico, ao consistir em um instrumento de legitimação do modo como o grupo hegemônico (liberal) exerceu a direção moral e intelectual e o domínio sobre os demais grupos, condicionou e configurou o horizonte liberal-privatista.

Durante longo período, a interface entre saúde bucal e população expôs projetos de exclusão social que primavam pela supremacia da individualidade, pelo ordenamento federal de assistência privada para trabalhadores segurados e pela presença de uma assistência de livre demanda⁹, executada por práticos, para as classes desfavorecidas¹⁰. A dinâmica assistencial se restringia a procedimentos curativos, geralmente mutilatórios¹¹.

Embora a condição de saúde bucal do sujeito expresse a economia política¹² e a experiência de vida¹³, ela foi desprezada pelo Estado brasileiro durante décadas. Ainda que a condição de saúde mostre, no território, o impacto do modelo de desenvolvimento econômico, durante décadas a condição de saúde bucal da sociedade brasileira foi marginalizada¹⁴.

A prevalência das doenças bucais, sobretudo da cárie e da doença periodontal, não era objeto do ordenamento federal da saúde pública, ainda que presente em uma realidade nacional marcada pela injusta distribuição de riqueza nacional material e imaterial. Os tratamentos odontológicos eram encarados com um caráter liberal de magnitude tão forte que esvaziavam qualquer proposta de solução coletiva¹⁵. Tampouco havia condições ou possibilidades para pensar em garantia de saúde como socialmente determinada, quanto mais concretizar essa garantia. A histórica desassistência acabou configurando um robusto armazenamento de débito assistencial¹¹. A dívida histórica acumulada acabou se agravando na

transição epidemiológica: quadro simultâneo de redução da prevalência da cárie aos 12 anos e alto edentulismo em adultos¹⁶. Com a conquista do SUS, em 1988, as esperanças foram renovadas. A saúde foi considerada direito de todos e dever de Estado¹⁷.

Este artigo revisita o percurso dos modelos assistenciais de saúde bucal instituídos no Brasil, da segunda metade do século XX até a conquista da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, em diálogo com alguns elementos do arcabouço jurídico-institucional da formação em odontologia. A proposta consiste em descrever uma periodização contextualizada de tais modelos para recuperar o que já houve na histórica e colocar em pauta a importância de se resgatar o pensamento social na condução da atenção em saúde bucal.

2. REVISÃO COMENTADA

Segundo o Ministério da Saúde¹⁸, os modelos histórico-assistenciais de saúde bucal de atenção são: incremental, simplificado, integral, de inversão da atenção e o modelo do cuidado, conforme descrevemos a seguir.

2.1 Modelo incremental

O modelo incremental de assistência em saúde bucal correspondeu ao alicerce teórico-filosófico do sistema incremental, implantado no Brasil em 1951¹¹. Esse sistema foi instituído pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado nos anos 1940, por meio de um acordo bilateral entre Brasil e Estados Unidos da América (EUA), com os objetivos, dentre outros, de preparar profissionais para atuarem em saúde pública e garantir as condições sanitárias no Vale do Amazonas e no Vale do Rio Doce¹⁹.

O Sesp se tornou um expoente prestador de serviços de saúde nas regiões estratégicas dos planos desenvolvimentistas do governo brasileiro. Baseando-se na lógica estadunidense de organização²⁰, que tem como meta o princípio utilitário da eficiência, dirigido à produtividade e rendimento¹¹, o Serviço estabeleceu com suas ações uma proposta embrionária de atenção primária em saúde¹⁹. Naquela década, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) impulsionava o projeto preventivista para as Américas²¹, a partir da intervenção de uma política externa para a América Latina, promovida pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional – United States Agency for International Development (Usaid)⁶.

O modelo incremental foi criado para dar ancoragem à forma programada e sistematizada de prestação de serviços odontológicos, até então circunscrita ao modelo de livre demanda²². O objetivo era reduzir o índice de cárie da população brasileira fixada em áreas estratégicas dos planos desenvolvimentistas, mediante recursos preventivos e de intervenção em lesões de cárie¹⁸.

O primeiro município a ser contemplado com o modelo incremental foi Aimorés, em Minas Gerais, nos anos 1950²³. A proposta consistiu em tratar as necessidades acumuladas, na perspectiva de realizar tratamentos completados e posteriores controles, independentemente do grupo etário de população²⁴.

No entanto, na medida em que o processo de implantação do modelo se desenvolvia no País, houve um deslocamento da população-alvo, até então composta por quaisquer faixas etárias, para a população específica de 6 a 14 anos. Esse fato esteve vinculado à percepção de que essa faixa etária apresentava maior incidência de lesões de cárie em fase inicial e se tratava de um grupo etário que tinha disponibilidade para tratamento²⁵. Embora esses argumentos tenham sustentado o deslocamento para a faixa etária de 6 a 14 anos, cabe assinalar que o foco sobre o escolar brasileiro guarda equivalência com a política de higiene estadunidense, desdobrada em higiene escolar¹⁵.

Até 1968, o modelo incremental orientou-se pela prática vigente da odontologia brasileira, sustentada em diretrizes do Relatório Flexner para o ensino médico¹⁰, ainda sem regulamentação no país. A partir da instituição da Reforma Universitária, pela Lei n. 5.540, de 1968, o arcabouço teórico desse Relatório foi eleito como base estruturante do modelo biomédico de ensino médico^{3,4,6,26}.

Incorporando a “concepção produtivista de educação”^{27:297} e a defesa epistemológica de âmbito técnico da formação²⁸, o modelo biomédico de ensino médico foi absorvido pela odontologia^{6,10}. Longe de impulsionar a formação para uma produção cultural científica

fundamentada na totalidade⁹, esse modelo centrou-se no isolamento de conteúdos de docência, serviço e pesquisa, na estruturação de disciplinas por especialidades, no incentivo à especialização precoce, na difusão de tecnologia sofisticada e na dissociação das ciências humanas e sociais das áreas clínicas²⁹.

Ainda no período inicial de implantação, o modelo incremental contemplou uma tecnologia preventiva de alcance populacional, ainda que na inexistência de uma política interna e de um mercado abastecido: a fluoretação de água de abastecimento público, originada nos EUA no pós-guerra. Alguns municípios brasileiros com serviços autônomos tiveram condições de implantá-la, a saber: Baixo Guandu (1953), Marília (1956) e Campinas (1961)³⁰.

Esse cenário de desigualdades começou a sofrer transformações importantes em 1974 com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei 6.050/74, sancionada pelo então presidente Ernesto Geisel. Regulamentada pelo Decreto 76.872/75 e publicada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 635/75, essa Lei dispôs sobre financiamentos de créditos oficiais para fluoretação da água em sistemas de abastecimento nos locais em que existissem estações de tratamento³⁰. Para os municípios sem a implantação da fluoretação, o modelo incremental recomendava a "aplicação tópica de fluoreto de sódio a 2%, nas crianças com idades de 7, 10 e 13 anos"^{23:243}.

O passeio histórico pelo modelo incremental mostrou que a meta de descontinuidade da lógica assistencial de livre demanda e inserção da forma programática e sistematizada da assistência às crianças, com idade de 6 a 14 anos²¹, representou um avanço, pois rompeu com a assistência clínica dirigida para populações inespecíficas. Na perspectiva de Zanetti¹¹, no âmbito da assistência clínica-odontológica pública, esse modelo conseguiu operar, em certa medida, movimentos transformadores qualitativos no ordenamento liberal privatista e previdenciário.

No entanto, o caráter das ações não era totalizante, mas reducionista e submisso ao modelo biomédico: a assistência se restringia a ações ancoradas meramente no essencialismo (dos dentes)³¹ de um grupo etário disponível, negando, portanto, ações promotoras de saúde e ações curativas aos demais grupos etários. Nessa deliberação, o modelo incremental foi também iatrogênico, do ponto de vista cultural, em função de produzir um vazio de respostas de ações programáticas para os coletivos excluídos³², com históricas prevalências. Além disso, constituiu-se na sua própria contradição, pois não reduziu o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (I-CPOD) da população de 6 a 14 anos; somente, como citam Nickel et al²³, transferiu os dentes cariados para restaurados, sem modificar o valor final do índice.

Resgatando a medicina social latino-americana, ao reconhecer a estratégia de intervenção do modelo incremental no funcionalismo essencialista e no grupo etário disponível, observa-se que esse modelo acabou negando o pensamento social³³, a compreensão da determinação social do processo saúde e doença. Ele expressa a negação da existência de experiências históricas e sociais estruturantes e anteriores ao problema em questão³⁴, bem como a existência de condições de vida que dessa determinação dependem, esvaziando a oportunidade de decompor as especificidades da incidência de cárie e, com isso, transformar as desoladoras realidades desiguais.

No entanto, faz-se necessário assinalar que, naquelas condições históricas, a hegemonia considerava que a intervenção em lesões iniciais de cárie (expoentes na faixa etária de 6 a 14 anos) estaria contribuindo para a redução de lesões em sujeitos adultos. A forma de consciência não era histórica, totalizante, mas preventivista, essencialista³¹. A contradição pode ser compreendida como fruto da invisibilidade promovida pelo modelo funcionalista biomédico, cujas ações se dirigem para fins utilitários imediatos, negando a compreensão e o garimpo de fatores que impulsionam os processos³⁵.

2.2 Odontologia simplificada

O modelo de odontologia simplificada reflete o modelo pedagógico e de práticas de medicina simplificada, criada nos EUA nos anos 1960: medicina comunitária. Como modelo pedagógico, a medicina comunitária representou uma crítica ao modelo hegemônico biomédico, correspondendo à representação avançada da saúde pública clássica, pois seu projeto agregou aporte teórico das ciências humanas e sociais, permitindo ao acadêmico ampliar os horizontes da bactéria e do ambiente interno, focando o social³⁶.

No âmbito dos serviços, ela foi instituída na interface entre as práticas privadas e as agências mantenedoras de serviço público, no contexto estadunidense de crise do setor público, de racismo, pobreza e guerra do Vietnã. Podendo ser compreendida, nos EUA, como a intenção idealista de resolver os impasses do setor saúde³⁷, baseou-se em centros comunitários para desfavorecidos e marginalizados, preservando a imutabilidade da assistência médica hegemônica⁸.

Na América Latina, a medicina comunitária foi introduzida por programas afiançados pela Opas e patrocinados por fundações estadunidenses³⁸, em cenário de extrema pobreza, de ausência de garantia de necessidades básicas, muitas doenças infecciosas³⁹ e surgimento de agravos de maior complexidade. Ela foi edificada sobre princípios de racionalização, eficiência, regionalização, hierarquização, oferta de serviços básicos, preocupação com o coletivismo local, utilização de auxiliares⁸, incorporando, desse modo, fundamentos, diretrizes e características da atenção primária à saúde.

No Brasil de 1976, a medicina comunitária foi introduzida por algumas experiências locais, cabendo destacar a Residência em Medicina Geral Comunitária, do Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM), RS. Em um contexto brasileiro de exceção, em que a saúde era conduzida pela lógica hospitalar, este Projeto executou dimensões da atenção primária à saúde, formalizada na Conferência de Alma-Ata, três anos depois, ao introduzir um eixo formativo sustentado no trabalho multiprofissional e em equipe, e ancorado na compreensão de que necessidades de saúde são geradas nas especificidades contextuais da realidade⁴⁰.

Essa expressão de atenção primária, conduzida pela simplificação, havia encontrado ancoragem no programa de atenção primária em curso, na América Latina, para fins de garantia de *necessidades elementares* para pobres e marginalizados⁶. Vários Estados haviam se apoderado de estudos educacionais desenvolvidos por movimentos sociais, baseados na autoformação, isto é, na atenção primária de educação não formal conduzida por dirigentes não profissionais e com tecnologia apropriada³³.

Na perspectiva de García³³, houve uma apropriação axiomática de tais estudos por parte de Estados que transformaram o projeto educacional de atenção primária não formal em alternativas baratas para os serviços de saúde. Visando ao enfrentamento da crise econômica do capitalismo, conhecida como crise fiscal do Estado, vários Estados da América Latina criaram programa de atenção primária à saúde para pobres. Na esteira dessa lógica programática de serviços básicos não universais e a partir do endosso da política externa para a América Latina (Usaid), em curso desde os anos 1950, surgiu a odontologia simplificada na América Latina na década de 1970.

A emergência do modelo no Brasil está relacionada com a criação de convênios firmados com a Opas e a Fundação Kellog nos anos 1970. Visando à ancoragem financeira para experiências de integração docente-assistencial (IDA), esses convênios provocaram uma tensão epistemológica no modelo de formação em odontologia, a partir da inserção da sua simplificação⁴¹, em alguns projetos pilotos na academia brasileira. A crítica que se fazia era sobre aspectos da conjuntura gerada pela hegemonia do modelo biomédico: falta de eficiência, de eficácia, de foco em grupos populacionais e desigualdades de acesso⁶.

O modelo de odontologia simplificada materializou-se na abreviação de tecnologias leve e dura da área odontológica e na diminuição dos passos procedimentais, em busca de produtividade, suficientemente capazes de propiciar programas de cobertura assistencial. Inserindo pessoal auxiliar nas ações e oferecendo serviços básicos, destinou-se às classes sociais desfavorecidas. Colocou-se como um modelo preventivista, mas, na prática, seu enfoque priorizou a dimensão curativa⁶.

No âmbito da academia, os núcleos progressistas da medicina comunitária amadureceram a ideia de criação de um campo novo de saber e práticas, denominado Medicina Preventiva e Social (MPS). Foram criados departamentos de MPS em algumas universidades brasileiras. No entanto, a materialização desse projeto transformador refletiu o contexto mundial desenvolvimentista do pós-guerra, o que acabou favorecendo o resgate da confiabilidade na atenção médica centrada no indivíduo²⁰.

No desenvolvimento histórico, a conjuntura expunha um modelo de formação em odontologia que conjugava forças conservadoras e forças democráticas. De um lado, o ensino declinava à instituição da Reforma Universitária, com seus pacotes formativos produtivistas, e

convivia com a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/1975), orientado pelo modelo médico-assistencial liberal-privatista⁶. De outro, havia a efervescência do Movimento pela Reforma Sanitária que sonhava com a redemocratização, por meio de um amplo projeto de Reforma Social⁴², disparado por diversos movimentos contra-hegemônicos, na expressão de aliados táticos em confronto ao complexo médico-industrial garantido pelo modelo médico-assistencial liberal-privatista²⁶.

Ainda que o projeto simplificado tenha exposto críticas ao modelo biomédico, ele não teve caráter ativo no núcleo filosófico e operacional do modelo biomédico^{8,20}. Em seu domínio de aplicabilidade, constituiu-se em uma política social compensatória, discriminatória, complementar e excludente: para pobres. Na perspectiva dos grupos dominantes do modelo biomédico, tratou-se de uma proposta de baixa qualidade, em consequência de implantação apressada e de negação à cientificidade da odontologia⁶. Para o Ministério da Saúde, tratou-se de um modelo de racionalização das práticas, imbuído de incorporar pessoal auxiliar para fins de libertação do saber monopolista em curso¹⁷.

2.3 Modelo integral

O modelo integral é o produto mais relevante do compromisso ideológico assumido pelo coletivo odontológico na luta do Movimento Reforma Sanitária, quando da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 1986. Naquele evento, esse coletivo e demais grupos sociais progressistas expressaram a necessidade de transformação do *currículum* (caminho) instituído na formação e serviços em odontologia⁴³.

O coletivo da odontologia mantinha correlação com a imagem-objeto da Reforma Sanitária⁶: a de buscar a inserção da saúde no campo político e, com isso, consolidar um novo ator coletivo, uma nova força política da/para a saúde²⁰, até então imersa no modelo liberal-privatista e na manutenção do complexo médico-industrial⁴⁴.

Esse coletivo buscou intervir na odontologia científica, colocando-se como uma possibilidade de ruptura epistemológica no modelo de educação tradicional, superando-a com a odontologia integral, renovando aspectos da odontologia simplificada e estruturando-os à prática integral com a articulação de coletivismo; supremacia da prevenção primária sobre o curativismo; descentralização da atenção, inserindo a noção de nível de atenção, acesso para todos em todos os níveis e transferência da deliberação para a periferia do sistema; integração do discurso popular ao oficial; introdução da ideia de equipe; inserção de tecnologia aplicada aos níveis, embora sem negar a alta tecnologia, mantendo-a em um nível de atenção específico; democratização das ações, com a entrada da participação comunitária em ações educativas e práticas⁶.

Da mesma forma que o modelo incremental e o simplificado, o modelo integral expressou o projeto preventivista⁶, mas em um contexto de influência de reuniões que ocorriam na América Latina, especialmente no Chile e no México, voltadas para o debate sobre o potencial de aproximação concreta entre a formação na área da saúde e a realidade dos serviços. A origem desse debate estava na constatação da "crise de uma determinada medicina"^{21:6} que se instalava na esfera teórica e prática. Os movimentos reformistas ocorridos nas duas décadas seguintes (inclusive no Brasil) se mostraram vinculados à inclusão de um projeto pedagógico que oferecesse solo para a promoção da perspectiva integral do indivíduo nos espaços ditos extramuros²¹.

O modelo integral se apropriou, sim, da simplificação, mas seu objeto não foi a simplificação tecnológica em si, para fins de ações curativistas, mas a população mais jovem, sem processo de cárie, com o foco na prevenção de lesão cariada em molares permanentes com monitoramento até certa idade para prevenção²². Representou um avanço para a área, já que não se constituiu em um modelo complementar⁶, mas em uma proposta para a superação do pensamento hegemônico. No entanto, privilegiou um setor populacional: o jovem.

No âmbito da formação, o modelo exigiria um projeto pedagógico renovado, no interior do movimento da Reforma Sanitária, como possibilidade de superação da odontologia tradicional. Um projeto aberto para a análise das contradições do campo e para a superação de seu funcionalismo sistêmico por um funcionalismo crítico. Um projeto arrojado: estruturado em módulos, com docentes generalistas, metodologia ativa, conteúdos gerados na realidade e na prática, educação orgânica, teoria e prática integradas, básico e clínica integrados, integração

ensino, pesquisa e serviço, garantia de estrutura física na lógica de níveis de atenção, tecnologia adequada e planejamento estratégico participativo⁶. Essa exigência histórica ainda está em curso.

2.4 Modelo de inversão da atenção

Outro modelo assistencial de saúde bucal, gerado no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, foi o de inversão da atenção. Em busca de novos caminhos dissonantes do enfoque de cura, dois professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) construíram um modelo de atenção que deslocava o foco da cura para o controle da cárie²³ — controle precedido de intervenção — e que acabou fundamentando um programa conhecido como Programa de Inversão da Atenção (PIA), que apostou no autocontrole, com ações de caráter preventivo promocional¹⁷.

Da mesma maneira que o modelo incremental, as ações foram ofertadas a escolas e creches⁴⁵. De acordo com a Série Técnica do Ministério da Saúde, o modelo de inversão foi instituído na supremacia do modelo preventivista. A intervenção curativa clássica, restauradora, cedia lugar, na centralidade da programação, para a adequação. O objetivo era estabilizar o meio bucal dos usuários dos serviços com a eliminação de processos infecciosos e criação de um ambiente estável visando à ação programática preventiva eficaz que, por sua vez, possibilitaria a redução da incidência de cárie e a ampliação da cobertura¹⁵.

O PIA priorizou ações de prevenção em três fases sequenciais: estabilização, reabilitação e declínio^{2.17}. A estabilização correspondia a ações preventivas não invasivas, executadas em âmbito individual e coletivo para fins de redução da incidência e velocidade de progressão da doença bucal. A reabilitação se relacionava à intervenção na sequela da doença, isto é, ao restabelecimento da função e da estética. O declínio correspondia ao momento de introdução da noção de autocuidado, uma vez que a doença e a lesão estariam submetidas ao controle⁴⁶.

Esse modelo também representou um avanço ao trazer a estabilização do meio antes da ação programática, como uma nova lógica estruturante para as ações em saúde bucal. Porém, ao delegar o autocuidado, ele abriu as portas para a instauração de processos de culpabilização. Com base na terceira fase do modelo, as crianças que não executassem o autocuidado poderiam ser responsabilizadas pela preservação da incidência de cárie. Seus pais também.

Além disso, o PIA “buscou adaptar-se ao SUS”^{18:10}. E, aqui, cabe uma reflexão: embora a positividade da estabilização para posterior reabilitação seja fato, a busca pela adaptação ao SUS sinaliza que o modelo não foi criado com base em uma concepção sistêmica para o SUS, mas sob uma concepção setorial, específica, focando para o objeto prevenção da incidência de cárie, reafirmando o descolamento histórico de questões abrangentes e processos gerais. E ainda, ao dirigir-se hegemonicamente para escolas e creches e não considerar a participação comunitária (minimamente, a percepção da comunidade sobre o modelo), o processo estaria incorrendo na contracorrente da consolidação que começava a se sonhar para o SUS real.

De acordo com Narvai⁴⁷, a ausência de participação social na fase de desenvolvimento do modelo incitou, muitas vezes, a percepção negativa por parte da sociedade que recebia esse tipo de intervenção. Para muitos, tratava-se de um serviço de deslocamento de foco, pois, para fazer valer ações de adequação, deixava-se de priorizar as necessidades individuais. Muitas vezes, também, as ações de adequação eram interpretadas como de baixa qualidade.

Uma questão suscitada é como os serviços receberam esse modelo, já que ele foi implantado em muitos municípios nos quais grande parte dos profissionais desconhecia o marco teórico. Vários cirurgiões-dentistas dos serviços haviam se formado em um tempo histórico anterior e, por conta disso, desconheciam teoricamente o aporte teórico de inversão da atenção. Nesse sentido, a inserção do modelo em escolas provavelmente enfrentou resistências por parte de profissionais, habituados a focar tratamentos completados.

2.5 Modelo do cuidado

Dezesseis anos após a conquista do SUS, a saúde bucal galgou o status de política pública. Desde então, as diretrizes da PNSB elegeram o cuidado como meta da política de reorientação das

concepções e práticas em saúde bucal, que vêm se desenvolvendo no processo de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF)².

As linhas de cuidado e condições de vida são os dois eixos propositivos do modelo de cuidado em saúde bucal, pautados em fundamentos da ESF, tais como: humanização, acolhimento, vínculo, responsabilização, trabalho em equipe, intersetorialidade, interdisciplinaridade, resolutividade, impulso à autonomia das pessoas e à participação no controle social. Para a operacionalidade de tais fundamentos, a PNSB recomenda a dedicação de 75% a 85% de horas trabalhadas à assistência².

O eixo linhas de cuidado segmenta a população de acordo com as características clínicas e/ou epidemiológicas específicas a cada população-alvo programática: grupo de 0-5 anos, grupo de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, grupo de gestantes, grupo de adultos e grupo de idosos. O eixo condições de vida prevê a abordagem da população a partir do seu universo familiar e das relações sociais experimentadas no território. Em ambos os eixos se deve assegurar a integralidade das ações de promoção, prevenção, educação em saúde, recuperação e urgência/emergência².

Quanto às ações de recuperação, as diretrizes da Política não fazem menção ao agente regulador das ações programáticas da atenção clínica e das ações de urgência e emergência, mas estudos empíricos demonstram que a regulação da clínica em saúde bucal se dá pela noção de tratamento completado, herança do modelo incremental, e que as ações de urgência e emergência são reguladas pela noção de dor⁴⁸.

A assunção da integralidade das ações de promoção, prevenção, educação em saúde, recuperação e urgência/emergência tem revelado uma fotografia sombria em muitos espaços da atenção básica. Considerando a integralidade como um imperativo ético para fins de transformação social, percebe-se o quão árdua é a tarefa de executá-la, na medida em que ela se sustenta não na determinação social do processo saúde-doença, mas no discurso preventivista do risco².

Esse reconhecimento está expresso nas ações apresentadas pelas diretrizes, quais sejam: ações para fins de redução de fatores de risco, políticas públicas locais saudáveis (resolutivas na garantia de água tratada, fluoretada, uso de dentifício fluoretado), higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, políticas públicas locais de alimentação saudável, visando à diminuição do consumo de açúcares, investimento comunitário no autocuidado corporal e bucal, política antitabaco e de diminuição de acidentes².

Com isso não se quer dizer que a prevenção não tenha sua importância. O que se destaca aqui é que a supremacia da visão preventivista estreita o horizonte transformador. Dito de outro modo, a transformação social se fluidifica no horizonte quando os problemas emergentes, os acumulados pela dívida histórica e a dor de dente cotidiana são enfrentados sem ancoragem na compreensão de que a saúde é histórica e socialmente determinada²⁶; de que há condições históricas e sociais, anteriores a determinado problema de saúde bucal, que determinam o processo saúde-doença³⁴. Tais problemas são, na verdade, "fatos da realidade dialética que compõem as dores da vida"^{49:13}. São fenômenos que se manifestam como momentos de determinado todo, como fatos históricos que, quando se definem, definem o todo, que, quando se produzem, são produtos de um todo, cuja determinação é histórica e social. Não são fatos isolados; ao contrário, na intervenção, o real deve ser considerado um todo dialético em curso de desenvolvimento e criação⁵⁰.

Desse modo, é possível inferir que as conexões da parte e do todo vêm sendo negadas pela dimensão probabilística da ideia de risco², que tem a capacidade de desconectar as experiências das pessoas de suas derivações e de seus sistemas de vida⁵⁰. Nesse domínio cultural, a interface entre a concretude da saúde bucal do tempo presente e a população tem exposto um campo complexo em termos de efetivação transformadora. A complexidade está por tratar-se de um campo do fazer, na realidade, cotidianamente impulsionado pela hegemonia de discursos performativos⁵¹, e de "uma concepção essencializada"^{31:363} (centrada em dentes, propriedades de si mesmos), enfraquecendo a possibilidade de materialização dos discursos performativos universalizantes (histórico-sociais)³¹.

Ademais, no campo das ações circula uma pluralidade de atores sociais (cirurgiões-dentistas, auxiliares, técnicos em higiene dental, agentes comunitários de saúde, administrativos, trabalhadores da equipe SF, trabalhadores do Núcleo de Apoio Saúde da Família) com distintas

tendências epistemológicas sobre modelo explicativo de saúde e doença e imbuídos de responder pelas competências e atribuições específicas, determinadas pelo ordenamento federal. Há, também, coletivos que expressam o compromisso com um fazer engajado e transformador, mas que reforçam antigas cisões³¹.

Na academia, o cenário não vem se mostrando diferente: a maior parte de currículos brasileiros tem alienado os diferentes saberes entre si e extraviado a tão necessária formação humanística proporcionada por estudos mais gerais⁵², resultando em trabalhadores despreparados para lidar com a compreensão de que as condições históricas e sociais determinam o processo saúde-doença³⁴.

Nessa complexidade, exposta pelas deliberações pedagógico-políticas apresentadas pela histórica, pode ser oportuno recuperar a concepção ativista de prática e de formação, sistematizada por Antonio Gramsci em sua batalha por um princípio educativo unitário⁵³, como um *curriculum* para o pensamento, em prol de uma ordem transformadora. Essa concepção se expressa na ousada tríade proposta por Gramsci e citada por Buttigieg: “trabalho de crítica, penetração cultural e impregnação de ideias”^{54:45}. A materialização desta perspectiva exigiria disposição coletiva para a reflexão e para a execução de posicionamento crítico, visando à compreensão de saúde bucal na realidade brasileira. Exigiria uma reforma intelectual orgânica, dirigida por vontade ética e política, materializada em condições favoráveis para uma nova ordem, edificada na difusão de valores sociais, na produção de uma cultura totalizante e na elaboração de uma concepção alternativa de mundo⁵³. Um desafio para a comunidade da odontologia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A travessia permitiu transitar pelos modelos assistenciais — incremental, simplificado, integral e de inversão da atenção —, bem como pelo modelo do cuidado. Na periodização contextualizada, percebeu-se que os modelos assistenciais foram fundamentados no projeto preventista e na particularidade. Os modelos incremental, simplificado e integral foram expressões incipientes de atenção primária à saúde. À exceção do da inversão da atenção, os demais modelos responderam a um momento do Estado brasileiro e de suas políticas e movimentos.

O modelo do cuidado rompeu com o particularismo e com o foco em ações utilitárias e/ou por grupo etário ao universalizar o acesso, a partir de princípios e fundamentos da atenção básica, e o direito ao cuidado integral. No entanto, a integralidade desse cuidado tem enfrentado limites, na medida em que o cuidado está desdobrado em ações preventivistas (promoção de saúde como prevenção primária), em uma dedicação de 75% a 85% de horas trabalhadas *na assistência* e, sobretudo, pela ausência de pensamento social no planejamento e na operacionalização das ações.

Ainda que a conquista do modelo do cuidado tenha promovido um avanço histórico, o desafio latente está na necessidade de ele abraçar a transformação social e criar uma forma de reparação ética e solidária do débito histórico e uma forma de impulsão à totalidade concreta do pensamento social para o enfrentamento da realidade cotidiana, conferindo à determinação social do processo saúde-doença a condução do cuidado. A concepção ativista de prática e de formação, proposta por Antonio Gramsci, parece oportuna.

Referências Bibliográficas

1. Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde mental em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde In: Santos NR, Machado ABP (org.). Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: Cultura Gráfica e Editora; 1992. p. 91-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Carvalho RB, et al. Formação docente em odontologia no Brasil: sugestões de mudanças após as diretrizes curriculares nacionais. Rev Bras Pesqui Saúde 2010; 12(4): 39-44.
4. Finkler M. (Tese). Formação ética na graduação em odontologia. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFSC, Florianópolis, 2009.

5. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface* 2002; 6(10): 37-50.
6. Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad Saúde Públ* 1986; 2(4): 533-52.
7. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 159-185.
8. Gramsci A. *Quaderni del carcere*. 3ª ed. v. 1. Torino: Einaudi; 2007.
9. Gomes D, Da Ros MA. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(3): 1081-90.
10. Freitas SFT. *História social da cárie*. Bauru: Edusc; 2001.
11. Zanetti CHG. (Tese). A utilidade como função para a universalidade e equidade: uma análise formal da validade instrumental do ordenamento administrativo federal da assistência à saúde bucal no saúde da família. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
12. Costa SM, et al. Desigualdades na distribuição de cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(2): 461-71.
13. Guiotoku SK, et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2):135-41.
14. Pessoa VM, et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(8): p. 2253-62.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Barros BSA, Tomita NE. Aspectos epidemiológicos da fluorose dentária no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(1): 289-300.
17. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal; 1988.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 17*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
19. Renovato RD, Bagnato MHS. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista* 2010; 2(2): 277-90.
20. Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha, JC, Carvalho AI (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 333-41.
21. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc* 1994; 3(2): 5-21.
22. Corrêa AP. (Dissertação). Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados. Programa de Pós-graduação em Odontologia Social/UFRGS, Porto Alegre, 1985.
23. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Públ* 2008; 24(2): 241-6.
24. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
25. Frankel MJ, Chaves MM. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. *Rev Bras Odontol* 1952; 10: 236-48.
26. Da Ros MA. (Tese). Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública. Programa de Pós-graduação em Educação/ UFSC, Florianópolis, 2000.
27. Saviani D. O legado educacional do regime militar. *Cad Cedes* 2008; 28(76): 291-312.
28. Moreira AFB. *Currículos e programas no Brasil*. 10ª ed. Campinas: Papirus; 2003.
29. Ramos FRS, Padilha MICS. Formação profissional e políticas de saúde: cenários em transformação? In: *Anais III Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares*; 2006. Braga: Universidade do Minho; 2006.
30. Mário Junior RJ, Narvai PC. Aspectos históricos e perspectivas da fluoretação de águas de abastecimento público no estado de São Paulo. *Bepa* 2011; 8(90): 24-9.
31. Ramos FRS, et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(2): 361-368.
32. Illich I. *Limits to medicine: Medical Nemesis: the expropriation of health*. London: Marion Boyars Publishers Ltd; 1976.
33. García JC. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: Nunes E (org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 189-232.
34. Iriarte C, et al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12: 128-36.
35. Ferreira JR. La educación médica em América Latina y el pensamiento de Juan César García. In: Marquez M, Rojar-Ochoa F (org.). *Juan César García: su pensamieto en el tiempo, 1984-2007*. Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública/Ateneo; 2007. p. 77-81.
36. Nelson AM. *A handbook of community medicine*. Bristol: John Wright and Sons Limited; 1975.
37. Paim JS. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Rev Saúde Debate* 1976; 1: 9-12.
38. Paim JS, Almeida NF. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Públ* 1998; 31(4): 299-316.
39. Arouca ASS. Introdução à crítica do setor saúde. *Nemesis* 1975; 17: 17-24.
40. Uebel AC, Rocha CM, Mello VRC. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM. *Boletim da Saúde* 2003; 17(1): 117-23.
41. Werneck MAF, et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15(2): 221-31.

42. Paim JS. (Tese). Reforma sanitária: um estudo para compreensão e crítica. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFBA, Salvador, 2007.
43. Brasil. Relatório da 1ª CNSB. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1986.
44. Lima RCGS, et al. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde Soc* 2009; 18(1): 118-30.
45. Zanetti CHG. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. *Saúde em Debate* 1996; 13: 18-35.
46. Werneck MAF. (Dissertação). Saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Programa de Pós-graduação em Odontologia Social/UFF, Niterói, 1994.
47. Narvai PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>. Acesso em 28.07.2015.
48. Bulgareli J, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19(2): 383-91.
49. Lima RCGS. (Tese). Atenção Primária à Saúde como produto da hegemonia da OMS: Assembleias Mundiais de Saúde de 1948 a 1978. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFSC, Florianópolis, 2013.
50. Kosik K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1986.
51. Bourdieu P. *A economia das trocas linguísticas*. São Paulo: Edusp; 1996.
52. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18(6): 1677-82.
53. Manacorda MA. *Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica*. Roma: Riuniti; 2012.
54. Buttigieg JA. Educação e hegemonia. In: Coutinho CN, Teixeira AP (org.). *Ler Gramsci e entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 39-50.

Artigo Recebido: 23.06.2016

Aprovado para publicação: 28.08.2016

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí / SC - CEP 88302-202 - Bloco F6 - Sala 312 - Fone/Fax:(47)3341-7932:

Email: rita.lima@univali.br
